

Заявление по программе Washington Apple Health для престарелых, слепых, инвалидов/долгосрочных услуг и поддержки (Aged, Blind, Disabled/Long-Term Services and Supports)

Заполните это заявление, чтобы определить, на какое медицинское страховое покрытие вы можете иметь право, если:

- Вы нуждаетесь в получении услуг долгосрочного ухода и поддержки (Long-Term Services and Supports, LTSS), например, в специализированном учреждении с медсестринским уходом, учреждении для проживания с уходом, доме семейного типа для взрослых или в рамках программы по уходу на дому или индивидуальных услуг поддержки для престарелых (TSOA).
- Вы или иное лицо в вашей семье участвует (-е) в программе Medicare.
- Вам необходима помощь с оплатой взносов Medicare или доли в страховании.
- Вам или иному лицу в вашей семье исполнилось 65 лет или старше.
- Вы или иное лицо в вашей семье имеете инвалидность и не зарегистрированы в программе Medicare.
- Для TSOA: Ваш возраст составляет 55 лет или старше и вы или неоплачиваемое лицо, оказывающее вам уход, имеете потребность в поддержке.

Примечание: Подайте заявку на получение или обновление страхового покрытия Apple Health онлайн в системе Washington Healthplanfinder на сайте wahealthplanfinder.org или позвоните по телефону 1-855-923-433, если вы:

- Являетесь совершеннолетним лицом в возрасте от 19 до 64 лет.
- Подаете заявление за детей.
- Являетесь родителем или опекуном и подаете заявление на себя и детей.
- Беременны или подаете заявление за беременную.

Подайте заявку быстрее онлайн

- Вы можете подать заявку онлайн на washingtonconnection.org

Информация, которая потребуется при подаче заявления:

- Номера в системе социального обеспечения
- Даты рождения
- Иммиграционный статус
- Информация о доходе
- Информация о ресурсах и активах (например, баланс банковских счетов, информация об акциях, облигациях, трастах и пенсионных счетах)

Почему мы просим о предоставлении всех этих сведений?

- Мы используем эти сведения для решения вопроса о том, на какое медицинское страховое покрытие вы можете иметь право. В соответствии с законом будет обеспечена конфиденциальность предоставленных вами сведений.

Куда отправить заполненное и подписанное заявление

Для участия в программе Apple Health на основании инвалидности, для оформления страхования для беженцев и лиц старше 65 лет, а также для регистрации в программах, с которыми вы сможете получить помощь в оплате взносов и затрат в рамках Medicare

- Направьте заполненное заявление почтой по адресу:
DSHS
Community Services Division – Customer Service Center
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- Направьте заполненное заявление факсом по номеру 1-888-338-7410
- Отнесите заявку в местное отделение Управления по обслуживанию населения (Community Services Office, CSO).
- Посетите dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office, чтобы узнать адреса филиалов
- Подайте заявление онлайн на веб-сайте washingtonconnection.org
- Подайте заявку по телефону по телефону 1-877-501-2233

Для страхового покрытия услуг долгосрочного ухода и поддержки, таких как проживание в специализированном учреждении с медсестринским уходом, личный уход на дому, проживание в учреждении с услугами поддержки или в учреждении для совершеннолетних лиц с возможностью семейного проживания и TSOA

- Направьте заполненное заявление почтой по адресу:
DSHS
Home and Community Services
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- Чтобы найти отделение Home and Community Services (HCS), посетите **dshs.wa.gov/office-locations**
- Направьте заполненное заявление факсом по номеру 1-855-635-8305
- Подайте заявление онлайн на веб-сайте **[washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)**
- Дополнительные ресурсы на тему LTSS вы найдете на **dshs.wa.gov/altsa/resources**
- Для получения дополнительных ресурсов на тему TSOA обратитесь в местное отделение Регионального агентства по делам престарелых (Area Agency on Aging, AAA) по телефону 1-855-567-0252 и попросите связать вас со специалистом по семейному уходу (Family Caregiver Specialist). Найдите ваше местное отделение AAA: **[waclc.org](https://www.waclc.org)**

Медицинское страхование: права и обязанности

Ваши права (мы обязаны) в рамках всех программ медицинского страхования

Обеспечить помощь при чтении и при заполнении всех требуемых форм. Свяжитесь с Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) по телефону 1-877-501-2233, чтобы получить помощь.

Предоставлять вам бесплатно и без задержек услуги устного или письменного перевода во время контактов со специалистами Департамента DSHS или Управления здравоохранения (Health Care Authority, HCA).

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, финансовыми организациями и подрядчиками HCA.

Обеспечить возможность подачи апелляции, если вы не согласны с решениями, принятыми Департаментом социального обслуживания и здравоохранения (DSHS) или Управлением HCA, которые влияют на ваши права на медицинское страхование, долгосрочную помощь и обслуживание (long-term services and supports, LTSS), а также на участие в плане медицинского страхования. Подача вами апелляции приведет к повторному рассмотрению вашего дела. Чтобы получить информацию об апелляциях в отношении программ Департамента DSHS, вы можете связаться с Контактным центром поддержки клиентов (Customer Service Contact Center) Департамента DSHS по телефону 1-877-501-2233 либо посетить местное отделение Управления по обслуживанию населения (Community Services Office).

Если апелляция касается решения о страховом покрытии по программе Washington Apple Health, которое осталось без изменений по результатам повторного рассмотрения дела, для вас запланируют проведение административного слушания.

Обеспечить справедливое отношение к вам. Дискриминация является противозаконной. Деятельность Департамента DSHS 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 Департамента DSHS и Управления HCA не применяются практики, являющиеся исключющими или предполагающие различное отношение к кому бы то ни было из-за расы, цвета кожи, этнического происхождения, возраста, наличия инвалидности или по признаку половой принадлежности.

Департамент DSHS и Управление HCA также 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.

Департамент DSHS и Управление HCA:

- Обеспечивают бесплатную помощь и услуги лицам с инвалидностью, чтобы они могли эффективно взаимодействовать с нами, в частности:
 - Предоставляют услуги квалифицированных переводчиков языка жестов
 - 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:
 - Услуги квалифицированных переводчиков
 - Информацию, изложенную в письменном виде на других языках

Если вам нужны эти услуги, позвоните по телефону 1-877-501-2233.

Если вы считаете, что Департамент DSHS или Управление HCA не предоставили соответствующие услуги или применили иную практику дискриминации, вы можете подать жалобу в адрес:

- **DSHS**
ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
По факсу: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov
- **HCA Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98504-2704
1-855-682-0787
По факсу: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Подать жалобу можно лично или по телефону, обычной почтой, по факсу или по электронной почте. Если вам необходима помощь с подачей жалобы, вы можете обратиться в Службу поддержки клиентов Департамента DSHS (DSHS Constituent Services) или в Службу юридических услуг Управления HCA (HCA Division of Legal Services).

Вы также можете подать жалобу по вопросу несоблюдения гражданских прав в Управление гражданских прав (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services) в электронном виде по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, либо по обычной почте или телефону:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (текстовый телефон).

Формы для жалоб доступны по адресу www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Ваши обязанности (вы обязаны) в рамках всех программ медицинского страхования

Сообщать свой номер в системе социального обеспечения (SSN) и иммиграционный статус. За некоторыми исключениями вы обязаны предоставить свой номер в системе социального обеспечения (Social Security Number, SSN) или номер документа о статусе иммигранта для себя и любых членов вашей семьи, желающих обеспечить медицинское страховое покрытие. Номер SSN также необходим для подачи заявки на получение налоговых кредитов для выплаты страховых взносов. Мы используем эти данные для проверки вашего права на участие в программе медицинского страхования, для подтверждения ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и доступности для вас различных возможностей страхового покрытия. Мы не раскрываем такую информацию иммиграционным органам.

Вы можете подать заявку на страховое покрытие для некоторых членов вашей семьи и не подавать ее для других. Если у вас нет номеров в системе социального обеспечения (SSN) или иммиграционных документов для всех членов семьи, то остальные все еще имеют право подавать заявки и получать страховое покрытие. К примеру, вы можете подать заявление от имени вашего ребенка, даже если вы не имеете права на страховое покрытие. Подача заявления не повлияет на ваш иммиграционный статус или возможности получить право постоянного проживания на территории страны или гражданства.

Существует также ряд программ Washington Apple Health для лиц, которые не могут подтвердить легальность пребывания на территории страны. При этом, если вы решите не сообщать номер в системе социального обеспечения (SSN) или иммиграционного документа любого члена вашей семьи, мы направим вам дополнительный запрос о предоставлении данных о доходе лица, не подающего заявку на получение покрытия.

Если требует агентство, предоставить всю информацию, в том числе подтверждающую, которая нужна для принятия решения о вашем соответствии критериям для участия в программе.

О чем вам следует знать относительно всех программ медицинского страхования

Существуют определенные законы штата и федеральные законы, регламентирующие работу системы Washington Connection 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, пользующимся ими, 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 услуги и объем льгот, которые вы будете получать из данного ведомства. Вы можете зарегистрироваться для голосования на веб-сайте www.vote.wa.gov или заказать формы регистрации избирателя, позвонив по телефону 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 Управлению НСА 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 этим услуги.

Закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act) предписывает Департаменту DSHS и Управлению НСА 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 вашего разрешения на это.

Информация, передаваемая вами Департаменту DSHS и Управлению НСА, подлежит проверке специалистами на федеральном уровне и на уровне штата с целью подтверждения вашего права на медицинское страховое покрытие. Проверка может включать контакты с вами со стороны персонала этих ведомств.

Управление НСА и Департамент DSHS не несут ответственности за управление вашим планом медицинского страхования. Более подробную информацию о льготах может дать компания, предоставляющая вам медицинское страхование. **С вопросами об условиях плана медицинского страхования, в том числе о конкретных положенных вам льготах, порядке подачи заявок на страховые выплаты и апелляции на решения об отказе в льготах, обращайтесь в компанию, предоставляющую вам план медицинского страхования.**

Вы можете написать заявление на услуги принудительного сбора алиментов, обратившись в Отдел по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS).

Для получения формы заявления на такие услуги посетите веб-сайт www.childsupportonline.wa.gov или обратитесь в местное отделение DCS.

Ваши права (мы обязаны) только в рамках программы Washington Apple Health

Разъяснить вам ваши права и обязанности в ответ на ваш вопрос

Разрешать 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 частично заявления считается датой подачи вами заявления, от которой может зависеть фактическое начало вашего 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 способом из указанных в разделе WAC 182-503-0005.

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

Предоставить вам 10 календарных дней на передачу информации, которая необходима нам для определения вашего права на страховое покрытие. Если вам необходимо, мы предоставим вам больше времени. Если вы не предоставите нам необходимой информации или попросите дать вам дополнительное время на ее предоставление, то мы можем отказать вам в страховании, 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, правило, как минимум за 10 дней до прекращения вашего медицинского страхового покрытия.

Предоставить вам решение в письменном виде в течение 45 дней (как правило). Для некоторых претендентов с инвалидностью принятие решения о предоставлении медицинского страхового покрытия 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) только в рамках программы Washington Apple Health

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 получить информацию 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 персоналом отдела обеспечения качества (Quality Assurance), если вас попросят об этом.

Подавать заявления и прилагать достаточные усилия для получения потенциального дохода из других источников, если вы запросите или будете получать медицинское страхование по программе Washington Apple Health.

О чем вам следует знать только относительно программы Washington Apple Health

Запрашивая и получая страховое покрытие по программе Washington Apple Health, вы тем самым предоставляете штату Вашингтон все права на медицинскую помощь и выплаты третьим сторонам за медицинское обслуживание.

Агентство может передавать сведения о профилактических прививках, сделанных вашему ребенку, в Систему контроля за профилактическими прививками 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 в случае, если вашим детям уже исполнился 21 год и больше. 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 182-527-2742. Список объектов имущества, которые не могут быть изъяты в счет взыскания средств за предоставленные услуги, приведен в разделе WAC 182-527-2746.

Штат также имеет право наложить арест на недвижимое имущество, из стоимости которого будут взысканы средства за предоставленные услуги, до наступления вашей смерти, вне зависимости от вашего возраста, в случае, если вы будете пожизненно размещены в специализированном учреждении с целью получения ухода (WAC 182-527-2734). 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 наложения ареста на имущество 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.

[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 የሰነዶችን ትርጉም 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 ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេវលេខ 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)。

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

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

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

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

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

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[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).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 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] ተርጓሚዎችን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፤ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[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 по программе Washington Apple Health для престарелых, слепых, инвалидов/долгосрочных услуг и поддержки (Aged, Blind, Disabled/Long-Term Services and Supports)

1

Имя, фамилия и контактные данные заявителя

Имя (заявитель)

Инициал среднего имени Фамилия

Идентификационный номер клиента (если применимо)

Подпись заявителя или уполномоченного представителя

Адрес вашего проживания (обязательно)

Округ

Город

Штат

Почтовый индекс

Отметьте этот квадрат, если у вас нет физического адреса

Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания)

Округ

Город

Штат

Почтовый индекс

Основной номер телефона

Мобильный

Электронная почта

Если вы проживаете в специализированном учреждении, укажите название и адрес учреждения, если он отличается от данных, указанных выше:

Название учреждения

Адрес учреждения

Округ

Город

Штат

Почтовый индекс



Я, мой (моя) супруг (-а) или другие члены моей семьи подаем заявку на следующее:

Услуги предоставления ухода на дому (In-Home Caregiver Services)

Медицинское страхование престарелых, слепых и инвалидов (Health Care Coverage for Aged, Blind, or Disabled)

Проживание с предоставлением частичного ухода/ Семейное жилье для взрослых (Assisted Living/Adult Family Home)

Сберегательная программа Medicare Savings Program

Учреждение для проживания с медсестринским уходом (Nursing Home Care)

Apple Health для работников с инвалидностью (HWD)

Индивидуальные поддерживающие услуги для престарелых (TSOA)

Нужна ли вам или другим лицам, за которых вы подаете заявление, помощь в оплате неоплаченных медицинских счетов за последние 3 месяца, непосредственно предшествующие текущему месяцу? Да Нет Если да, то укажите кому:

Потребуется ли вам или другим лицам, за которых вы подаете заявление, услуги устного перевода или документы, переведенные на другой язык? Да Нет

Если да, то на каком языке или в каком альтернативном формате? Перечислите все, что вам необходимо: _____

Перечислите себя, супругу/супруга и всех лиц, проживающих у вас на иждивении, даже если вы не подаете заявление за них (при необходимости приложите дополнительные листы бумаги).

ЭТО Я

Имя (Имя, второе имя, фамилия) Пол, определенный при рождении Кем вам приходится это лицо? Дата рождения

Номер социального обеспечения (SSN)* Вы хотите, чтобы этому лицу было предоставлено покрытие? Да Нет

Статус гражданина или негражданина: **(выберите один вариант)**

Гражданин США Да Нет Резидент штата Вашингтон Да Нет

Являетесь ли вы лицом испаноязычного или латиноамериканского происхождения? (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Кубинец (-ка)

Мексиканец (-ка)/Мексиканский (-ая)
американец (-ка)/Чикано

Не испаноязычное/не латиноамериканское происхождение

Другая испаноязычная/
латиноамериканская национальность

Пуэрториканец (-ка)

Расовая принадлежность (ПО ЖЕЛАНИЮ — выберите до пяти вариантов)

Американский (-ая) индеец (индианка)

Китаец (китайка)

Кореец (кореанка)

Таец (тайка)

Азиат (-ка)

Филиппинец (-ка)

Лаосец (-ка)

Вьетнамец (-ка)

Индиец (-анка)

Гуамец (-ка)

Уроженец (-ка) другого тихоокеанского острова

Белый (-ая)

Чернокожий (-ая) или афроамериканец (-ка)	Гаваец (-йка)	Другая раса
Камбоджиец (-ийка)	Японец (-ка)	Самоанец (-ка)

Имя (Имя, второе имя, фамилия)	Пол, определенный при рождении	Кем вам приходится это лицо?	Дата рождения
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	---------------

Номер социального обеспечения	Гражданство США	Да	Нет
-------------------------------	-----------------	----	-----

Статус гражданина или негражданина: **(выберите один вариант)**

Гражданин США	Да	Нет	Резидент штата Вашингтон	Да	Нет
---------------	----	-----	--------------------------	----	-----

Являетесь ли вы лицом испаноязычного или латиноамериканского происхождения? (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Кубинец (-ка)	Мексиканец (-ка)/Мексиканский (-ая) американец (-ка)/Чикано	Не испаноязычное/не латиноамериканское происхождение
Другая испаноязычная/ латиноамериканская национальность	Пуэрториканец (-ка)	

Расовая принадлежность (ПО ЖЕЛАНИЮ — выберите до пяти вариантов)

Американский (-ая) индеец (индианка)	Китаец (китайка)	Кореец (кореанка)	Таец (тайка)
Азиат (-ка)	Филиппинец (-ка)	Лаосец (-ка)	Вьетнамец (-ка)
Индеец (-анка)	Гуамец (-ка)	Уроженец (-ка) другого тихоокеанского острова	Белый (-ая)
Чернокожий (-ая) или афроамериканец (-ка)	Гаваец (-йка)	Другая раса	
Камбоджиец (-ийка)	Японец (-ка)	Самоанец (-ка)	

Имя (Имя, второе имя, фамилия)	Пол, определенный при рождении	Кем вам приходится это лицо?	Дата рождения
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	---------------

Номер социального обеспечения	Гражданство США	Да	Нет
-------------------------------	-----------------	----	-----

Статус гражданина или негражданина: **(выберите один вариант)**

Гражданин США	Да	Нет	Резидент штата Вашингтон	Да	Нет
---------------	----	-----	--------------------------	----	-----

Являетесь ли вы лицом испаноязычного или латиноамериканского происхождения? (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Кубинец (-ка)	Мексиканец (-ка)/Мексиканский (-ая) американец (-ка)/Чикано	Не испаноязычное/не латиноамериканское происхождение
Другая испаноязычная/ латиноамериканская национальность	Пуэрториканец (-ка)	

Расовая принадлежность (ПО ЖЕЛАНИЮ — выберите до пяти вариантов)

Американский (-ая) индеец (индианка)	Китаец (китайка)	Кореец (кореанка)	Таец (тайка)
Азиат (-ка)	Филиппинец (-ка)	Лаосец (-ка)	Вьетнамец (-ка)
Индиец (-анка)	Гуаец (-ка)	Уроженец (-ка) другого тихоокеанского острова	Белый (-ая)
Чернокожий (-ая) или афроамериканец (-ка)	Гаваец (-йка)	Другая раса	
Камбоджиец (-ийка)	Японец (-ка)	Самоанец (-ка)	

Имя (Имя, второе имя, фамилия)

Пол, определенный при рождении

Кем вам приходится это лицо?

Дата рождения

Номер социального обеспечения

Гражданство США

Да Нет

Статус гражданина или негражданина: **(выберите один вариант)**

Гражданин США Да Нет

Резидент штата Вашингтон Да Нет

Являетесь ли вы лицом испаноязычного или латиноамериканского происхождения? (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Кубинец (-ка)

Мексиканец (-ка)/Мексиканский (-ая)
американец (-ка)/Чикано

Не испаноязычное/не латиноамериканское происхождение

Другая испаноязычная/
латиноамериканская национальность

Пуэрториканец (-ка)

Расовая принадлежность (ПО ЖЕЛАНИЮ — выберите до пяти вариантов)

Американский (-ая) индеец (индианка)	Китаец (китайка)	Кореец (кореанка)	Таец (тайка)
Азиат (-ка)	Филиппинец (-ка)	Лаосец (-ка)	Вьетнамец (-ка)
Индиец (-анка)	Гуаец (-ка)	Уроженец (-ка) другого тихоокеанского острова	Белый (-ая)
Чернокожий (-ая) или афроамериканец (-ка)	Гаваец (-йка)	Другая раса	
Камбоджиец (-ийка)	Японец (-ка)	Самоанец (-ка)	

Имя (Имя, второе имя, фамилия)

Пол, определенный при рождении

Кем вам приходится это лицо?

Дата рождения

Номер социального обеспечения

Гражданство США

Да Нет

Статус гражданина или негражданина: **(выберите один вариант)**

Гражданин США Да Нет

Резидент штата Вашингтон Да Нет

Являетесь ли вы лицом испаноязычного или латиноамериканского происхождения? (ПО ЖЕЛАНИЮ)

Кубинец (-ка)

Мексиканец (-ка)/Мексиканский (-ая)
американец (-ка)/Чикано

Не испаноязычное/не латиноамериканское происхождение

Другая испаноязычная/
латиноамериканская национальность

Пуэрториканец (-ка)

Расовая принадлежность (ПО ЖЕЛАНИЮ — выберите до пяти вариантов)

Американский (-ая) индеец (индианка)	Китаец (китайка)	Кореец (кореанка)	Таец (тайка)
Азиат (-ка)	Филиппинец (-ка)	Лаосец (-ка)	Вьетнамец (-ка)
Индиец (-анка)	Гуамец (-ка)	Уроженец (-ка) другого тихоокеанского острова	Белый (-ая)
Чернокожий (-ая) или афроамериканец (-ка)	Гаваец (-йка)	Другая раса	
Камбоджиец (-ийка)	Японец (-ка)	Самоанец (-ка)	

*НСА не делится этой информацией с какими бы то ни было иммиграционными агентствами в целях исполнения иммиграционного законодательства. Оставьте это поле пустым, если у вас нет SSN.

6

Общие сведения

1. За последние 30 дней я, мой (-я) супруг (-а) или другие члены моей семьи получал (-а) медицинское страхование от другого штата, племени или из иного источника?

Да Нет Если да, то кто? _____

2. Я, мой (моя) супруг (-а) и другие члены моей семьи получали дополнительное пособие по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI) в другом штате?

Да Нет Если да, то кто? _____

3. Я, мой (моя) супруг (-а) или другие члены моей семьи являются спонсируемыми иммигрантами?

Да Нет Если да, то кто? _____

4. Я, мой (моя) супруг (-а) и другие члены моей семьи служили в вооруженных силах США, Национальной гвардии (National Guard) или в Резерве (Reserves) или является иждивенцем или супругом (-ой) лица, служившего в рядах указанных формирований:

Да Нет Если да, то кто? _____

5. У меня есть налоговый иждивенец, которого я не включил (-а) в заявление, и который не проживает со мной?

Да Нет Если да, то укажите имя или имена налогового (-ых) иждивенца (-ев) _____

6. Я: Холост/не замужем женат/замужем, проживаю совместно с супругом (супругой) женат/замужем, проживаю отдельно от супруги (супруга) разведен (-а) вдовец (вдова)

Состою в официально зарегистрированных отношениях сожительств проживаю отдельно от супруги (супруга) по решению суда

7

Доход от наемного трудоустройства или самостоятельной предпринимательской деятельности (приложите подтверждение)

Трудовой доход — это деньги, полученные за наемный труд или самостоятельную предпринимательскую деятельность, вот некоторые примеры*:

Наемное трудоустройство:

- Зарплата, оклад или чаевые, из которых вычитаются федеральные налоги по форме W-2, поле 1
- Исполнение поручений или выполнение заданий
- Продажа товаров онлайн
- Оказание творческих или профессиональных услуг
- Оказание другой временной, периодической или фрилансерской работы

- Бонусы и комиссия
- Выплаты пенсионного плана
- Выплаты по итогам забастовки професси онального союза
- Доход от работы, за которую ваш работодатель не заплатил налог (например, занятость гиг-работников)
- Вождение автомобиля для исполнения заказных поездок или осуществления доставки

Самостоятельная предпринимательская деятельность:

- Владение бизнесом или ведение бизнеса
- Служитель или член религиозного ордена
- Законный штатный сотрудник (statutory employee), имеющий доход

*Источник: irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables

1. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, имеем доход в виде заработка? Да Нет
Если да, то заполните этот раздел.

2. _____
Кто получает этот доход: _____ Имя или название работодателя _____ Номер телефона работодателя _____

_____ Это самостоятельная предпринимательская деятельность? Да Нет
Дата начала _____

Совокупный доход (в долларах, до вычетов) _____ каждый: Час _____ Неделю _____ Две недели _____
Два раза в месяц _____ Месяц _____

_____ Часы в неделю _____ Даты оплаты (напр. 1-е и 15-е число месяца, или каждую пятницу) _____

3. _____
Кто получает этот доход: _____ Имя или название работодателя _____ Номер телефона работодателя _____

_____ Это самостоятельная предпринимательская деятельность? Да Нет
Дата начала _____

Совокупный доход (в долларах, до вычетов) _____ каждый: Час _____ Неделю _____ Две недели _____
Два раза в месяц _____ Месяц _____

8

Другой доход (укажите другой доход всех членов семьи) (приложите подтверждения)

1. Примеры других источников дохода:

- Алименты на содержание ребенка или супруга (супруги)
- Студенческие пособия (студенческие займы, гранты, программа совмещения работы и учебы)
- Доход от азартных игр
- Подарки (денежные/ подарочные карты)
- Проценты/дивиденды
- Пособия Департамента труда и промышленности (L&I)
- Льготы железнодорожника
- Доход от аренды
- Пенсионные выплаты
- Договоры купли-продажи/долговые обязательства
- Пособие по социальному обеспечению
- Дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI)
- Доход племени
- Трастовые фонды
- Пособия по безработице
- Пособия Управления по делам ветеранов (VA) и пособия для военнослужащих
- Другое

2. Укажите другие источники дохода для вас, вашей (-го) супруги (-а) и членов семьи, за которых вы подаете заявление:

_____ Тип другого дохода _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____

_____ Тип другого дохода _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____

_____ Тип другого дохода _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____

_____ Тип другого дохода _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____

_____ Тип другого дохода _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____ Кто получает этот доход _____ Валовая ежемесячная сумма _____

3. Я, мой (моя) супруг (-а) и (или) другие члены моей семьи получаем периодические выплаты из аннуитетов? Да Нет

Кто владеет аннуитетом Компания или организация Сумма или стоимость Ежемесячный доход Дата приобретения

Кто владеет аннуитетом Компания или организация Сумма или стоимость Ежемесячный доход Дата приобретения

9

Затраты на жилье (приложите подтверждение, если вы подаете заявку на услуги долгосрочного ухода и поддержки (LTSS))

Арендная плата Ипотека Арендная плата за пространство (Space rent) Страхование домовладельцев

Налоги на недвижимость Другие расходы

Получаете ли вы помощь от другого лица или агентства, например, субсидирование жилья, которое полностью или частично покрывает эти расходы?

Да Нет Если да, то от кого? _____

10

Вычеты

1. Я, мой (моя) супруг (-а) или другие члены моей семьи, за которых я подаю заявление, выплачивает или должен (-на) выплачивать:

Расходы по уходу за детьми или находящимися на иждивении взрослыми Ежемесячная сумма Кто платит

Алименты на содержание детей по распоряжению суда Ежемесячная сумма Кто платит

Дополнительные сборы для получателей платежей Ежемесячная сумма Кто платит

Плата за попечительство Ежемесячная сумма Кто платит

Юридические расходы по решению суда Ежемесячная сумма Кто платит

Регулярные медицинские расходы (включая взносы в программу Medicare или другие планы медицинского страхования) Ежемесячная сумма Кто платит

2. Я, мой (моя) супруг (-а) или другие члены моей семьи, за которых я подаю заявление, обязаны оплатить стоимость медицинских расходов?

Тип медицинских расходов Дата Причитающаяся к оплате сумма Кто обязан выплатить

Тип медицинских расходов Дата Причитающаяся к оплате сумма Кто обязан выплатить

Тип медицинских расходов Дата Причитающаяся к оплате сумма Кто обязан выплатить

3. Я, мой (моя) супруг (-а) или кто-либо, за которых я подаю заявление, имеют инвалидность, работают и несут расходы в связи с трудовой деятельностью? Такие расходы являются расходами в связи с работой лица с инвалидностью (impairment related work expenses, IRWE):

Да Нет Если да, укажите сумму IRWE _____

11

Ресурсы (Приложите документальное свидетельство)

(не заполняйте этот раздел, если подаете заявку только на участие в сберегательных программах Medicare Savings Programs (MSP) или на медицинское обслуживание Apple Health для работников с инвалидностью — Apple Health for Workers with Disabilities (HWD))

1. Ресурсы — это любое имущество, которым вы владеете или которое покупаете и которое можно продать, обменять или превратить в наличные деньги, а также деньги, хранящиеся у других людей. Ресурсы не включают личное имущество, например, мебель, предметы домашнего обихода и одежду. Примеры ресурсов:

- Наличные средства
- Чековые счета
- Сберегательные счета
- Депозитарные сертификаты (CDs)
- Депозитный счет денежного рынка
- Сберегательные облигации
- Облигации
- Паевые инвестиционные фонды
- Акции
- Аннуитеты
- Трастовые фонды
- IRA
- 401K
- Пенсионные фонды
- Жилье, включая то, в котором вы живете
- Похоронные фонды
- Кондоминиум
- Земельные владения
- Договоры о продаже
- Здания
- Имущество в пожизненном пользовании
- Страхование жизни
- Похоронные фонды, предоплаченные планы
- Фонды для оплаты обучения в вузе
- Недвижимость в совместном владении (таймшер)
- Производственное оборудование
- Сельскохозяйственное оборудование
- Домашний скот

2. Укажите ресурсы, которыми владеете или которые собираетесь приобрести вы, ваш (-а) супруг (-а) и кто-либо, за кого вы подаете заявление:

Тип ресурса	Кто владеет	Местоположение	Стоимость	Кто владеет	Местоположение	Стоимость
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. У меня, моего супруга (супруги) и кого-либо, за кого я подаю заявление, есть машины, грузовики, микроавтобусы, лодки, автофургоны, трейлеры и другие автотранспортные средства:

Год (напр., 2010)	Марка (напр., Ford)	Модель (напр., Escort)	Сумма задолженности
_____	_____	_____	_____
Отметьте, если в лизинге	Отметьте, если используется в медицинских целях		
_____	_____	_____	_____
Отметьте, если в лизинге	Отметьте, если используется в медицинских целях		

12

Дополнительные ресурсы для услуг долгосрочного ухода (LTSS)

1. Я, мой (моя) супруг (-а) или другие члены моей семьи, за которых я подаю заявление, владеем или в настоящее время покупаем дом, который является или будет основным жильем:

_____	_____	_____
Адрес недвижимости	Текущая стоимость (согласно решению эксперта по оценке)	Сумма займов в счет оплаты недвижимого имущества
_____	_____	_____
Адрес недвижимости	Текущая стоимость (согласно решению эксперта по оценке)	Сумма займов в счет оплаты недвижимого имущества

2. Я, мой супруг (супруга) или кто-либо, за кого я подаю заявление, продали, обменяли, отдали или перевели на другое имя ресурсы в течение последних пяти лет (включая собственность, доверительные фонды, транспортные средства и имущество в пожизненном пользовании)? Да Нет Если да, заполните следующее: (если необходимо, приложите дополнительные страницы)

Тип ресурса Дата передачи Стоимость переданного ресурса Кому он был передан

Тип ресурса Дата передачи Стоимость переданного ресурса Кому он был передан

13

Страхование услуг долгосрочного ухода (Не требуется для сберегательных программ Medicare Savings Programs)

Есть ли у меня (нас) полис страхования долгосрочного ухода? Да Нет Отвечает ли этот полис условиям партнерства по услугам долгосрочного ухода (LTC Partnership, LTCSP)? Да Нет

Если да, укажите наименование (-я) страховой компании (-й) и полные имена застрахованных лиц:

Страховая компания Номер полиса Имя держателя полиса Застрахованное лицо Стоимость в долларах (в случае LTCSP)

Страховая компания Номер полиса Имя держателя полиса Застрахованное лицо Стоимость в долларах (в случае LTCSP)

Чтобы включить дополнительные комментарии к этому заявлению, приложите дополнительный лист с информацией.

14

Информация об уполномоченном представителе

Уполномоченный представитель — это любое 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.

Назначая уполномоченного представителя, вы даете вашему уполномоченному представителю разрешение на следующее:

- Подписывать от вашего имени заявление
- Получать уведомления, касающиеся вашего заявления и вашего личного дела;
- Действовать от вашего имени по всем вопросам, касающимся вашего заявления и вашего личного дела.

1. Вы назначите уполномоченного представителя? Да Нет

2. Разрешаете ли вы своему уполномоченному представителю получать уведомления, касающиеся вашего заявления и вашего личного дела? Да Нет

3. Является ли ваш уполномоченный представитель официальным опекуном?

Да Нет Если да, то кого именно: _____

4. Есть ли у вашего уполномоченного представителя доверенность?

Да Нет Если да, то от кого: _____

Уполномоченный представитель, фамилия, имя / организация

Телефон

Адрес электронной почты

Почтовый адрес уполномоченного представителя

Возмещение штату средств, затраченных на медицинское страхование и услуги долгосрочного ухода:

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 в случае, если вашим детям уже исполнился 21 год и больше. 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 182-527-2742. Список объектов имущества, которые не могут быть изъяты в счет взыскания средств за предоставленные услуги, приведен в разделе WAC 182-527-2746.

Штат также имеет право наложить арест на недвижимое имущество, из стоимости которого будут взысканы средства за предоставленные услуги, до наступления вашей смерти, вне зависимости от вашего возраста, в случае, если вы будете пожизненно размещены в специализированном учреждении с целью получения ухода (WAC 182-527-2734). 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 до 21 года.

Список услуг, стоимость которых штат может взыскать в рамках наложения ареста на имущество до наступления вашей смерти, приведен в разделе WAC 182-527-2734.

Передача прав и сотрудничество:

Вы понимаете, что, пользуясь покрытием Washington Apple Health, вы передаете права на получение платежей за медицинское обслуживание, осуществляемых третьей стороной, штату Вашингтон. Таким образом штат Вашингтон сможет направлять счета любым страховым планам, которые по закону обязаны покрывать любые ваши медицинские расходы (к примеру, страховому плану бывшего супруга (бывшей супруги) или родителя, с которым вы больше не проживаете). Участник такого страхового плана может получать информацию о ваших медицинских расходах, которые покрываются планом. Если вы опасаетесь, что таким образом вы подвергаете опасности себя или своих детей, вы можете запросить о невзыскании оплаты за медицинское обслуживание с третьей стороны.

Раскрытие информации об аннуитете:

Если вы или ваш (-а) супруг (а) получаете какие-либо периодические выплаты из аннуитетов и при этом получаете пособие на оплату долгосрочного ухода в рамках программы Washington Apple Health (Medicaid), вы обязаны указать штат Вашингтон в качестве получателя оставшихся выплат.

Права, касающиеся административных слушаний:

Если вы не согласны с принятым нами решением относительно вашего медицинского страхования или услуг долговременного ухода, у вас есть право обжаловать такое решение в рамках процедуры административного слушания. Вы также можете попросить начальника соответствующего отдела или администратора провести повторное рассмотрение своего дела или решения по нему, при этом ваш запрос не повлияет на ваше право на проведение административного слушания.

Я понимаю, что информация, предоставляемая мной в заявлении на получение или продление помощи, подлежит проверке на достоверность официальными лицами федерального уровня и уровня штата. Я даю разрешение Управлению здравоохранения (Health Care Authority, HCA) и Департаменту социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) на проверку моих активов и ресурсов, чтобы определить мое право на получение помощи и достоверность предоставленной мной финансовой информации. Я понимаю, что HCA и DSHS могут проводить необходимые расследования с целью проверки моих ресурсов и обращаться в любые финансовые учреждения. Я понимаю, что действие настоящего разрешения прекращается после принятия окончательного отказного решения по моему заявлению, после потери мною права на получение помощи или в случае отзыва мною настоящего разрешения в любой момент по соответствующему письменному извещению, предоставленному в HCA или в DSHS. Я понимаю, что если я отзову разрешение или откажусь его предоставить, я не буду иметь право на участие в относящейся к дополнительному пособию по социальному обеспечению программе Washington Apple Health для пожилых, слепых лиц и лиц с инвалидностью в рамках Medicaid (Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (SSI-related) Medicaid Program).

Отзыв разрешения или отказ от разрешения на проверку активов не влияют на право получения индивидуальных поддерживающих услуг для престарелых (Tailored Supports for Older Adults, TSOA).

Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей, в том числе автоматическую регистрацию избирателей. **Регистрация в качестве избирателя или отказ от регистрации в качестве избирателя не повлияет на объем обслуживания или на ваше право на льготные условия обслуживания, которые вы можете получать в данном учреждении.** Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Решение о том, обращаться ли за помощью, остается за вами. Вы можете заполнить форму регистрации в качестве избирателя самостоятельно в условиях конфиденциальности. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на отказ зарегистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь путем принятия решения о регистрации или подачи запроса на регистрацию в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу по следующему адресу: Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, на адрес электронной почты elections@sos.wa.gov, или позвоните по телефону 1-800-448-4881.

Вы хотите зарегистрироваться для голосования или обновить ваши регистрационные данные избирателя? Да Нет
Если вы не поставите отметки ни в одном из двух приведенных выше полей, мы будем считать, что вы приняли решение не регистрироваться в качестве избирателя в настоящее время; исключениями являются случаи, в которых вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателя и не отказываетесь от нее.

Если вы не отметили опцию «Нет» выше, возможно, вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателя. Вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателя, если на момент проведения следующих выборов вы будете не моложе 18 лет, вы являетесь гражданином Соединенных Штатов Америки и Департамент DSHS располагает такими вашими данными: полное имя, адрес проживания и почтовый адрес, дата рождения, подтвержденная информация о гражданстве; при этом достоверность информации в настоящем заявлении подтверждена вашей подписью.

Желаете ли вы автоматически зарегистрироваться в качестве избирателя? Да Нет

Если вы отметили поле с отметкой «Да», или же если вы не отметили ни одно поле, но, при этом, вы удовлетворяете применимым требованиям и можете быть автоматически зарегистрированными в качестве избирателя, Департамент DSHS направит вашу информацию в Офис Секретаря штата, где вы будете автоматически зарегистрированы в качестве избирателя.

Приложите дополнительный лист, чтобы оставить комментарии или предоставить дополнительную информацию.

Я прочитал (-а) и понял (-а) информацию, изложенную в этом заявлении. Под угрозой наказания за предоставление ложных сведений по законам штата Вашингтон, я заявляю, что сведения, приведенные мной в данном заявлении, включая сведения о гражданстве и иммиграционном статусе всех членов моей семьи, подающих заявление на пособия, являются, насколько мне это известно, правдивыми и точными.

Подпись клиента	Номер телефона	Дата
Подпись супруга (-и)	Номер телефона	Дата
Подпись родителя за несовершеннолетнего клиента-ребенка	Номер телефона	Дата
Подпись уполномоченного представителя или помощника	Номер телефона	Дата