

Заява на медичне страхування Washington Apple Health для людей похилого віку, незрячих або інвалідів/довгострокові медичні послуги й підтримка

За допомогою цієї форми визначте, на яке медичне страхове покриття ви можете претендувати, якщо:

- Вам необхідні довгострокові медичні послуги й підтримка (LTSS), наприклад, послуги будинку престарілих, спеціально обладнане місце проживання, будинок престарілих сімейного типу, програма домашнього обслуговування або програма індивідуальної підтримки осіб похилого віку (TSOA).
- У Вас чи у члена Вашої родини є медичне страхування.
- Вам потрібна допомога у виплаті медичного страхування або додаткового страхування здоров'я.
- Ви або члени Вашої родини старші 65 років.
- У Вас або члена Вашої родини є інвалідність і немає страховки Medicare.
- Стосовно програми індивідуальної підтримки осіб похилого віку (TSOA): Ваш вік становить від 55 років, та ви або ваш неоплачуваний доглядач потребуєте підтримки.

Пам'ятайте: Подайте заявку на отримання або поновіть своє покриття Apple Health онлайн через Washington Healthplanfinder на wahealthplanfinder.org або за телефоном 1-855-923-4633 якщо ви:

- Повнолітня особа віком від 19 до 64 років.
- Подаєте заявку на дітей.
- Батьки або опікуни, які подають заявку разом з дітьми.
- Вагітна або подаєте заявку на вагітну.

Заявку швидше подати онлайн

- Щоб подати заявку онлайн, перейдіть за цим посиланням: washingtonconnection.org

Інформація, необхідна для подання заявки:

- Номери соціального забезпечення
- Дати народження
- Імміграційний статус
- Довідка про доходи
- Інформація про ресурси та активи (така як баланс на банківському рахунку, акції, боргові зобов'язання, довірча власність, пенсійні рахунки)

Чому нам потрібно стільки інформації?

- Ми будемо використовувати цю інформацію для того, щоб визначити, на яке медичне страхування ви можете розраховувати. Ми зберігаємо надану вами інформацію конфіденційною відповідно до вимог законодавства.

Куди відправляти заповнену та підписану заявку

Щодо страхування Apple Health на підставах інвалідності, за статусом біженця та страхування за віком 65+, а також за програмами допомоги щодо виплат видатків на медичне страхування

- Ваші заявки надсилайте на адресу:
DSHS
Відділ громадського страхування — Центр по роботі з клієнтами
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- Факс для надсилання заявок: 1-888-338-7410
- Також Ви можете подати свою заявку до місцевого Центру громадського обслуговування (CSO).
- Адреси наведені на сторінці dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office.
- Подайте заявку онлайн washingtonconnection.org
- Подайте заявку за телефоном 1-877-501-2233

На довгострокові послуги та підтримку, такі як послуги будинку престарілих, спеціально обладнане місце проживання, будинок престарілих сімейного типу, програма домашнього обслуговування та програма індивідуальної підтримки осіб похилого віку (TSOA)

- Ваші заявки надсилайте на адресу:
DSHS
Послуги вдома та за місцем проживання
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- Щоб знайти місцевий Відділ домашніх та соціальних послуг (HCS) відвідайте сторінку за адресою **dshs.wa.gov/office-locations**
- Надсилайте заявку за номером факсу 1-855-635-8305
- Подайте заявку онлайн **[washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)**
- Інформація про додаткові ресурси LTSS наведена на сторінці **dshs.wa.gov/altsa/resources**
- Щоб дізнатися про додаткові ресурси програми індивідуальної підтримки осіб похилого віку (TSOA), зателефонуйте 1-855-567-0252 або зв'яжіться з місцевим відділом Агенції з послуг для літніх осіб (AAA) та запросіть до телефону спеціаліста в справах сімейних доглядачів. Знайдіть свій місцевий відділ AAA за посиланням: **[waclic.org](https://www.waclc.org)**

Права та обов'язки щодо медичного страхового покриття

Ваші права для всіх програм медичного страхового покриття – ми мусимо:

Допомагати вам ознайомлюватися та заповнювати всі необхідні бланки. Щоб отримати допомогу, зверніться до Департаменту соціального захисту та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services, DSHS) за телефоном 1-877-501-2233.

Безкоштовно та негайно надати вам послуги усного або письмового перекладача, коли ви спілкуєтесь із Департаментом DSHS або Управлінням охорони здоров'я (Health Care Authority, HCA).

Дотримуватися конфіденційності вашої особистої інформації, але ми можемо відкрити деяку інформацію федеральним агенціям або агенціям іншого штату, фінансовим інституціям та підрядникам Управління охорони здоров'я з метою оцінки правомірності та включення вас до програми.

Давати вам можливість оскаржувати, якщо ви незгодні з розпорядженням, наданим Департаментом DSHS або Управлінням HCA, які впливають на ваші права на медичне страхування, довгострокову допомогу та обслуговування (long-term services and supports, LTSS), а також на участь у плані медичного страхування. Якщо ви подаєте апеляцію, вашу справу буде переглянуто. Щоб отримати інформацію щодо апеляцій за DSHS програмами, ви можете звернутися до центру обслуговування клієнтів за номером 1-877-501-2233 або навідатися до місцевого представництва служби з обслуговування у громаді (Community Services Office).

Якщо апеляція пов'язана із рішенням щодо покриття Washington Apple Health та її неможливо вирішити переглядом справи, вам буде призначено адміністративне слухання.

Відноситися до вас чесно. Дискримінація протизаконна. Департамент DSHS та Управління HCA не порушують Федеральне законодавство з громадянських прав та не дискримінують за расою, кольором шкіри, національністю, віком, недієздатністю або статтю. Департамент DSHS та Управління HCA не відмовляють людям та не відносяться до них по-різному через їх расу, колір шкіри, національність, вік, недієздатність або стать.

Департамент DSHS та Управління HCA також дотримуються всіх застосовних законів штату та не допускають дискримінації на основі віросповідання, а також за гендерною приналежністю, гендерним самовираженням або ідентичністю, сексуальною орієнтацією, сімейним станом, релігійними переконаннями, у зв'язку зі статусом ветерана, який звільнився із військових сил із позитивною характеристикою, або зі статусом військовослужбовця або у зв'язку із фактом використання спеціально навченого собаки або іншої тварини особою з ознаками інвалідності.

Департамент DSHS та Управління HCA:

- Безкоштовно надають наступну допомогу та послуги людям з інвалідністю, щоб вони могли рівнозначно спілкуватися з нами, зокрема:
 - Послуги кваліфікованих спеціалістів, що володіють мовою жестів
 - Письмову інформацію в іншій формі (більший шрифт, аудіо, допустимі електронні формати, інші формати)
- Послуги перекладача особам, чия основна мова спілкування — не англійська, наприклад
 - Послуги кваліфікованих усних перекладачів
 - Письмову інформацію іншими мовами

Якщо вам потрібні такі послуги, зв'яжіться з нами за номером 1-877-501-2233.

Якщо ви вважаєте, що Департамент DSHS або Управління HCA не надають таких послуг або іншим чином дискримінують вас, ви можете надіслати скаргу на таку поштову адресу:

• **DSHS**
ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
Факс: 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
Факс: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Ви можете принести скаргу особисто або надіслати її на поштову адресу, телефоном, факсом або електронною поштою. Якщо ви потребуєте допомоги із заповненням скарги, Служба підтримки клієнтів Департаменту DSHS (DSHS Constituent Services) або Служба юридичних послуг Управління HCA (HCA Division of Legal Services) можуть вам допомогти.

Ви можете також подати скаргу про порушення громадянських прав до Управління з цивільних прав Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США в електронній формі за посиланням <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, або поштою чи за телефоном за наступними реквізитами:

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 (текстовий телефон).

Форми скарг доступні на сайті www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Ваші зобов'язання у межах участі в усіх програмах медичного страхового покриття – ви мусите:

Розкрити номер соціального страхування та дані імміграційного статусу. За деякими виключеннями, ви маєте надати свій номер соціального страхування (SSN) або номер імміграційного документу або номер члена вашої родини, який хоче отримати страхове покриття лікування. SSN необхідний для подання заяви на податкові знижки на премії страхування здоров'я. Ми використовуємо цю інформацію для визначення вашого права на покриття, підтверджуючи вашу особу, громадянство, імміграційний статус, дату народження та доступність іншого медичного страхового покриття. Ми не передаємо цю інформацію жодній імміграційній службі.

Ви можете подавати заявку на покриття для деяких членів вашої родини, але не для інших осіб. Якщо ви не маєте SSN або номеру імміграційного документу для всіх членів родини, вони все одно можуть подати заявку та отримати покриття. Приміром, ви можете подати заявку щодо вашої дитини, навіть якщо ви самі не маєте права на покриття. Подання заявки не вплине на ваш імміграційний статус та на можливість отримати право на постійне проживання або громадянство.

Також існують програми Washington Apple Health для осіб, які не можуть довести, що вони знаходяться в країні легально. Але якщо ви вирішите не надавати SSN або номер імміграційного документу для деякого з вашої родини, ми будемо зобов'язані перевірити вас, щоб отримати інформацію щодо доходів такої особи.

Якщо агенція цього вимагає, надати будь-яку інформацію або докази, необхідні для визначення вашого права на покриття.

Стосовно всіх програм медичного страхового покриття ви маєте знати таке

Існують певні закони штату та федеральні закони, які регулюють роботу Washington Connection та керованих штатом систем подачі заяв, ваші права та обов'язки як особи, яка користується ними, та покриття, яке ви отримуватимете через них. Користуючись цими системами, ви погоджуєтесь дотримуватись законів, які застосовуються до осіб, що ними користуються, та покриття, яке вони отримують в результаті.

Національний закон 1973 року про реєстрацію осіб, які мають право голосу, вимагає від усіх штатів забезпечення допомоги у реєстрації таких осіб у своїх офісах суспільної допомоги. Надання заяви з метою реєстрації для участі в голосуванні або відмова від реєстрації для участі в голосуванні не вплине на послуги або на пільги, що вам надає агенція. Ви можете зареєструватися для участі у голосуванні за адресою www.vote.wa.gov або замовити форми реєстрації для участі у голосуванні, зателефонувавши за номером 1-800-448-4881.

Закон про безперервність дії та прозорість медичного страхування (HIPAA) та його обмеження запобігають тому, щоб Управління НСА та Департамент DSHS обговорювали медичну інформацію про вас та будь-яких членів вашої родини з будь-якими особами, включаючи вповноважених представників, якщо тільки така особа не має повноважень або ви не підписали згоду, за якою дозволяєте таке розголошення цієї інформації. Сюди входить розголошення інформації про психічне здоров'я, результати аналізів на ВІЛ, СНІД, ХПСС, а також про лікування та послуги щодо залежності від речовин.

Закон про доступне медичне обслуговування запобігає тому, щоб Департамент DSHS та Управління НСА передавали персональну інформацію (PII) про вас або будь-яких членів вашої родини будь-яким особам, які не вповноважені отримувати таку інформацію, та без вашої згоди.

Інформація, яку ви надасте Департаменту DSHS та Управлінню НСА, є предметом уточнення федеральними офіційними особами та такими особами в штаті. Уточнення може включати контакти для подальшого спостереження, що будуть здійснювати співробітники агенції.

Управління НСА та Департамент DSHS не несуть відповідальності за адміністрування вашого плану медичного страхування. Ваш постачальник медичного страхування надасть вам більш детальну інформацію про ваше покриття. **Якщо у вас виникли питання щодо умов вашого плану медичного страхування, включаючи те, на які пільги ви маєте право, та подання претензії щодо пільг або оскарження відхилення пільг, вам слід звернутися до постачальника медичного страхування.**

Ви можете подати заявку на послуги підтримки через Відділ допомоги дітям (DCS).

Щоб отримати бланк на такі послуги, перейдіть за посиланням www.childsupportonline.wa.gov або зверніться до місцевого представництва DCS.

Тільки для програми Washington Apple Health – ми мусимо:

Пояснити вам ваші права та обов'язки, якщо ви запитаете.

Дозволити вам надати часткову заяву, яка включає щонайменше ваше ім'я, адресу та підпис або підпис вашого вповноваженого представника. День, коли ми отримаємо часткову заяву, вважатиметься днем подання заявки, що може вплинути на те, коли ваше покриття набере чинності. Ми не прийматимемо остаточного рішення про ваше покриття, поки ви не заповните заяву.

Дозволити вам подати повну або часткову заяву, використовуючи будь-який спосіб, описаний у WAC 182-503-0005.

Обробити вашу заяву якнайшвидше та не пізніше строків, вказаних у WAC 182-503-0060.

Надати вам 10 календарних днів для представлення інформації, потрібної для оцінки вашого права на покриття. Якщо ви попросите про більший строк, ми дамо вам більше часу. Якщо ви не надасте нам інформацію або просите більше часу, ми можемо відмовити, закрити вашу справу або змінити ваше страхове покриття.

Допомогти вам, якщо у вас виникли складнощі з наданням будь-якої інформації або доказів, необхідних нам для прийняття рішення щодо вашого права на покриття. Якщо вам потрібний документ, що коштує грошей, ми надішлемо запит на цей документ і сплатимо кошти.

Повідомити вас, у більшості випадків, принаймні за 10 днів перед тим, як ми зупинимо дію вашого страхового покриття.

Надати вам письмове рішення, у більшості випадків, в межах 45-денного терміну. Страхове покриття лікування, що стосується деяких випадків інвалідності, може зайняти до 60 днів. Ми надаємо письмове рішення щодо покриття вагітності протягом 15 днів.

Дозволити вам відмовитися розмовляти зі слідчим, якщо ми перевіряємо вашу справу. Ви не повинні дозволяти слідчому входити у вашу домівку. Ви можете просити слідчого прийти знову в інший час. Такий запит не вплине на ваші права щодо отримання страхового покриття.

Продовжувати надавати вам покриття Washington Apple Health, коли ми вирішимо, що ви відповідаєте вимогам для іншої програми згідно з WAC 182-504-0125.

Надавати вам рівні послуги доступу згідно з WAC 182-503-0120, якщо ви маєте на це право.

Ваші обов'язки тільки для програми Washington Apple Health – ви мусите:

Повідомляти про зміни згідно з WAC 182-504-0105 та WAC 182-504-0110 протягом 30 днів з моменту зміни. Ознайомтеся з листом-підтвердженням, щоб знати, про які зміни ви маєте повідомляти.

Виконувати оновлення, коли ми про це просимо.

Надавати постачальникам медичних послуг інформацію, необхідну для виставлення нам рахунків за медичне обслуговування.

Подавати заяву на Medicare, якщо ви маєте на це право.

Співпрацювати з робітниками відділу забезпечення якості, коли ми про це просимо.

Подавати заяву та докладати доречних зусиль, щоб отримати потенційний дохід із інших джерел, коли ви просите надати вам або отримуєте покриття Washington Apple Health.

Для програми Washington Apple Health – про що ви маєте знати

Коли ви просите надати вам або отримуєте покриття Washington Apple Health, ви надасте штату Вашингтон всі права на будь-яке медичне обслуговування та на будь-які сторонні виплати на медичне обслуговування.

Агенція може розкривати інформацію щодо імунізації вашої дитини в систему моніторингу профілю імунізації дитини (Child Profile Immunization Tracking System).

Інформацію, яку ви повідомляєте, може бути надано DSHS для визначення вашого права на покриття та щомісячних пільг за програмами, такими як страхове покриття лікування, грошова допомога, продовольча допомога та субсидії з догляду за дитиною.

За законом, штат Вашингтон може відшкодувати кошти, витрачені на певні види медичного обслуговування, за рахунок вашої нерухомості через Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, та Розділ 182-527 WAC). Повернення майна не відбувається до моменту вашої смерті, смерті вашого чоловіка або дружини та поки вашим дітям не виповниться 21 рік. Також воно не відбувається, якщо ваша дитина, що вас пережила, була сліпою/з обмеженими можливостями на момент вашої смерті. Кошти, що відшкодовуються, включають:

- Певні довгострокові послуги та обслуговування Washington Apple Health, якщо вам виповнилося 55 або більше років на момент отримання таких послуг;
- Певні послуги, фінансовані тільки штатом, незалежно від вашого віку на момент отримання цих послуг.

Ви можете знайти перелік послуг, що підлягають відшкодуванню, у WAC 182-527-2742. Ви можете знайти перелік активів, які виключено із відшкодування, у WAC 182-527-2746.

Штат також може висунути право застави на вашу нерухомість до вашої смерті, в будь-якому віці, якщо вас перевели до медичної застави на постійне проживання (WAC 182-527-2734). Штат може відшкодувати кошти через продаж майна або вашої нерухомості, за виключенням випадків, коли:

- Ваш чоловік або дружина проживає у цій нерухомості;
- Ваш брат або сестра проживає у цій нерухомості, є її співвласником, або задовольняє певним критеріям.
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та є сліпою/з обмеженими можливостями; або
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та їй ще не виповнився 21 рік.

Ви можете знайти перелік послуг, що підлягають відшкодуванню за заставою до вашої смерті, у WAC 182-527-2734.

Вам можуть надати тільки одного постачальника медичних послуг, одну аптеку та/або лікарню, якщо ви звертаєтесь за медичною допомогою, яка вам не потрібна.

[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 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို 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 1-800-562-3022 تماس بگیرید. (TRS: 711)

[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) 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).

Заява на медичне страхування Washington Apple Health для людей похилого віку, незрячих або інвалідів/довгострокові медичні послуги й підтримка

1

Ім'я та контактні дані заявника

Ім'я (я сам)

ІНІЦІАЛ ДРУГОГО ІМ'Я

Прізвище

Ідентифікаційний номер клієнта (якщо застосовно)

Підпис заявника або уповноваженого представника

Адреса мешкання (обов'язково)

Округ

Місто

Штат

Поштовий індекс

Відмітьте це поле, якщо у вас немає фізичної адреси

Поштова адреса (якщо відмінна від основної адреси)

Округ

Місто

Штат

Поштовий індекс

Основний номер телефону

Мобільний

Адреса електронної пошти

Якщо ви проживаєте в спеціальному закладі, вкажіть назву й адресу закладу, якщо вона не вказана вище:

Назва закладу

Адреса закладу

Округ

Місто

Штат

Поштовий індекс



18005

2**Програми, на які подаються заявки:**

Я, моя дружина або чоловік, або хтось з моїх родичів, подаємо заявку на:

Послуги доглядача на дому

Страхове покриття лікування для людей похилого віку, незрячих або інвалідів

Мешкання з наглядом / сімейний дім для дорослих

Програма знижок на медичне обслуговування

Послуги медсестри на дому

Apple Health для робітників із інвалідністю (HWD)

Індивідуальна підтримка осіб похилого віку (TSOA)

3**Інформація про неоплачені рахунки за лікування**

Чи потребуєте ви або інші особи, на яких ви подаєте заявку, допомоги з оплатою неоплачених рахунків за лікування, виставлених протягом 3 місяців до початку цього місяця? Так Ні Якщо так, укажіть хто:

4**Інформація щодо мови**

Вам чи будь-кому, на кого ви подаєте заявку, потрібен буде перекладач чи отримання документів іншою мовою? Так Ні

Якщо так, перекладач якої мови / який інший формат вам потрібен? Вкажіть всі варіанти: _____

5**Інформація про вас і вашу родину**

Вкажіть себе, чоловіка/дружину та утриманців, які проживають з вами, навіть якщо ви не надаєте для них заяву (при необхідності додайте додаткові аркуші).

		Я САМ	
Ім'я (і'мя, по батькові, прізвище)	Стать, визначена при народженні	Відношення до вас?	Дата народження

Номер за системою соціального забезпечення (SSN)* Чи бажаєте ви отримувати страхове покриття за цю особу? Так Ні

Статус громадянина США або іноземного громадянина: (виберіть один варіант)

Ви громадянин США? Так Ні Ви резидент штату Вашингтон? Так Ні

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження? (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

Кубинець	Мексиканець/американець мексиканського походження/чікано	Людина не іспанського/латиноамериканського походження
Інша людина іспанського/латиноамериканського походження	Пуерториканець	

Раса (НЕОБОВ'ЯЗКОВО – виберіть до п'яти відповідних)

Американський індіанець або корінний мешканець Аляски	Китаєць	Кореєць	Таєць
Азіат	Філіппінець	Лаосець	В'єтнамець
Індус	Гуаманієць	Інший представник народів Тихоокеанських островів	Білошкірий

Темношкірий або афроамериканець

Гавасць

Представник іншої раси

Камбоджієць

Японець

Самоанець

Ім'я (імя, по батькові, прізвище)

Стать, визначена при народженні

Відношення до вас?

Дата народження

Номер соціального забезпечення (SSN)*

Чи бажаєте ви отримувати страхове покриття за цю особу?

Так

Ні

Статус громадянина США або іноземного громадянина: (виберіть один варіант)

Ви громадянин США?

Так

Ні

Ви резидент штату Вашингтон?

Так

Ні

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження? (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

Кубинець

Мексиканець/американець
мексиканського походження/чікано

Людина не іспанського/
латиноамериканського походження

Інша людина іспанського/
латиноамериканського походження

Пуерториканець

Раса (НЕОБОВ'ЯЗКОВО – виберіть до п'яти відповідних)

Американський індіанець
або корінний мешканець Аляски

Китаєць

Корєць

Таєць

Азіат

Філіппінець

Лаосець

В'єтнамець

Індус

Гуаманієць

Інший представник народів
Тихоокеанських островів

Білошкірий

Темношкірий або афроамериканець

Гавасць

Представник іншої раси

Камбоджієць

Японець

Самоанець

Ім'я (імя, по батькові, прізвище)

Стать, визначена при народженні

Відношення до вас?

Дата народження

Номер соціального забезпечення (SSN)*

Чи бажаєте ви отримувати страхове покриття за цю особу?

Так

Ні

Статус громадянина США або іноземного громадянина: (виберіть один варіант)

Ви громадянин США?

Так

Ні

Ви резидент штату Вашингтон?

Так

Ні

Ви південноамериканського, латиноамериканського або іспанського походження? (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

Кубинець

Мексиканець/американець
мексиканського походження/чікано

Людина не іспанського/
латиноамериканського походження

Інша людина іспанського/
латиноамериканського походження

Пуерториканець

Раса (НЕОБОВ'ЯЗКОВО – виберіть до п'яти відповідних)

Американський індіанець або корінний мешканець Аляски	Китаєць	Корєць	Таєць
Азіат	Філіппінець	Лаосець	В'єтнамець
Індус	Гуаманієць	Інший представник народів Тихоокеанських островів	Білошкірий
Темношкірий або афроамериканець	Гаваєць	Представник іншої раси	
Камбоджієць	Японець	Самоанець	

*НСА не передає цю інформацію жодній імміграційній службі для примусового застосування до вас імміграційних законів. Залиште це поле порожнім, якщо у вас немає номера SSN.

6

Загальна інформація

1. За останні 30 днів я, мій чоловік/дружина чи хтось з родичів, що мешкають зі мною, отримували виплати за медичним страхуванням з іншого штату, племені чи з інших джерел?

Так Ні Якщо так, поясніть _____

2. Я, мій чоловік/дружина чи хтось з родичів, що мешкають зі мною, отримували надходження за програмою Додаткового прибутку за соціальним забезпеченням (SSI) в іншому штаті?

Так Ні Якщо так, хто? _____

3. Я, мій чоловік (дружина) або хтось із членів моєї родини є спонсором іммігрантом?

Так Ні Якщо так, хто? _____

4. Я, мій чоловік/моя дружина, або один з членів моєї сім'ї служив у Збройних силах США, Національній гвардії чи у резерві, або був утриманцем або чоловіком/дружиною особи що служила:

Так Ні Якщо так, хто? _____

5. У мене є людина, що є моїм додатковим податковим утриманцем, яку я досі не включив в свою заяву і яка не проживає зі мною?

Так Ні Якщо так, наведіть перелік податкових утриманців _____

6. Я: Неодружений(на) Одружений(на) і проживаю з чоловіком/дружиною Одружений(на) і проживаю окремо від чоловіка/дружини Розлучений(-на) Вдовець/Вдова В зареєстрованому домашньому партнерстві Через законні обставини проживаю окремо

7

Дохід за наймом або самозайнятістю (Додайте підтвердження)

Отриманий дохід – це гроші, отримані від наймання або самозайнятості, наприклад

Дохід за наймом:

- Заробітна плата, ставка або чайові, з яких утримують федеральний податок на прибуток у формі W-2, поле 1
- Бонуси та винагороди.
- Пенсійні виплати.
- Дохід від роботи, з якої ваш роботодавець не утримував податок (наприклад, робота у сфері гіг-економіки)

- Водіння автомобіля для замовлених поїздок або доставки
- Виконання доручень або виконання завдань
- Продаж товарів онлайн
- Надання творчих або професійних послуг
- Надання іншої тимчасової роботи, роботи на замовлення або позаштатної роботи
- Вигоди від профспілкового страйку

Дохід від самозайнятості:

- Володіння або керування бізнесом
- Володіння або керування фермою
- Служитель або член релігійного ордену
- Штатний працівник і маю дохід

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

1. Я, мій чоловік/дружина чи будь-хто з тих, для кого я подаю заяву, мають доходи від роботи? Так Ні Якщо так, будь ласка, заповніть цей розділ.

2. _____
Хто заробляє цей прибуток: Ім'я та прізвище роботодавця номер телефону роботодавця

_____ Чи це є самостійна трудова діяльність? Так Ні
Дата початку роботи

Загальна сума отриманих коштів (сума в доларах до відрахувань) _____ кожні: Годину Тиждень Два тижні
Двічі на місяць Місяць

_____ Годин на тиждень _____ Дати надходження платні (напр. 1 та 15 числа чи щоп'ятниці)

3. _____
Хто заробляє цей прибуток: Назва роботодавця номер телефону роботодавця

_____ Чи це є самостійна трудова діяльність? Так Ні
Дата початку роботи

Загальна сума отриманих коштів (сума в доларах до відрахувань) _____ кожні: Годину Тиждень Два тижні
Двічі на місяць Місяць

8

Інший дохід (скористуйтеся для всіх членів сім'ї) (додайте підтвердження)

1. Приклади інших надходжень:

- Аліменти на дітей або підтримання чоловіка чи жінки
- Допомога на навчання (Студентські кредити, гранти, робота-і-навчання)
- Прибутки від ігор
- Подарунки (подарована готівка / подарункові карти)
- Відсотки/Дивіденди
- Робота та промисловість (L&I)
- Пільги для залізничників
- Дохід від ренти
- Пенсійні виплати або пенсія
- Договори купівлі-продажу / Прості векселі
- Соціальне забезпечення
- Додатковий соціальний дохід (SSI)
- Племянні надходження
- Трасти
- Пільги для непрацюючих осіб
- Надходження від Управління зі справ ветеранів чи військовослужбовців
- Інше

2. Вкажіть будь-які інші доходи, які отримуєте ви, ваш чоловік/дружина чи будь-хто з тих, на кого ви заповнюєте заяву:

_____	_____	_____	_____	_____
Дохід іншого типу	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць

_____	_____	_____	_____	_____
Дохід іншого типу	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць

_____	_____	_____	_____	_____
Дохід іншого типу	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць

_____	_____	_____	_____	_____
Дохід іншого типу	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць

_____	_____	_____	_____	_____
Дохід іншого типу	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць	Хто отримує прибуток	Загальна неоподаткована сума на місяць

3. Я, мій чоловік/дружина чи хтось з родичів, що мешкають зі мною, отримують прибуток від страхової ренти? Так Ні

Хто володіє страховою рентою? Компанія чи організація Кількість або цінність Місячний дохід Дата придбання

Хто володіє страховою рентою? Компанія чи організація Кількість або цінність Місячний дохід Дата придбання

9

Витрати на житло (додайте підтвердження, якщо подаєте заяву на програму LTSS)

Оренда Кредит на нерухомість Оренда площі Страховквласника житла Податки на власність Інші витрати

Чи отримуєте ви допомогу від іншої особи чи агенції, наприклад субсидіювання на житло, яке повністю або частково покриває ці витрати?

Так Ні Якщо так, хто? _____

10

Відрахування

1. Я, мій чоловік/дружина чи хтось з тих, на кого я заповнюю заяву, виплачує чи має виплатити:

Піклування про дитину чи дорослого на утриманні Щомісячна сума Хто платить

Призначені судом аліменти на дітей Щомісячна сума Хто платить

Винагорода за піклування Щомісячна сума Хто платить

Виплати опікуна Щомісячна сума Хто платить

Призначені судом виплати на оплату послуг представника Щомісячна сума Хто платить

Повторювані медичні витрати (включаючи Medicare або інші внески медичного страхування, які ви сплачуєте) Щомісячна сума Хто платить

2. Я, мій чоловік/дружина чи хтось з тих, на кого я заповнюю заяву, має наразі якісь витрати на медичне обслуговування?

Тип витрат на медичне обслуговування Гранична дата виплати Сума до погашення Хто має погасити

Тип витрат на медичне обслуговування Гранична дата виплати Сума до погашення Хто має погасити

Тип витрат на медичне обслуговування Гранична дата виплати Сума до погашення Хто має погасити

3. Я, мій чоловік/дружина чи хтось з тих, на кого я заповнюю заяву, має інвалідність та працює, і має витрати, необхідні для підтримки працездатності. Вони називаються «витрати у зв'язку з трудовою діяльністю при інвалідності» (IRWE):

Так Ні Якщо так, вкажіть розмір IRWE _____

11

Ресурси (додайте підтвердження)

(Пропустіть цей розділ, якщо подаєте заявку лише на участь у програмах заощаджень Medicare (MSP) або Apple Health для робітників із інвалідністю (HWD))

1. Ресурс – це будь-що з вашого власного майна або те, що ви купуєте та можете продати, виставити на продаж або обміняти на готівку чи гроші, які мають інші люди. Ресурс не включає особисте майно, таке як меблі, предмети домашнього вжитку або одяг. Прикладами ресурсів є:

- Гроші готівкою
- Витратні рахунки в банку
- Ощадні рахунки в банку
- Депозитні сертифікати
- Депозитний рахунок грошового ринку
- Ощадні цінні папери
- Цінні папери
- Спільні фонди
- Акції
- Ануїтети
- Трасти
- ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЕНСІЙНИЙ РАХУНОК (IRA)
- Пенсійний план, що надає роботодавець (401K)
- Пенсійний фонд
- Дома, в тому числі той, де ви живете
- Поховальні фонди
- Кондомініум
- Земля
- Контракт на продаж
- Будівлі
- Нерухоме майно, що знаходиться у власності протягом життя
- Страхування життя
- Попередньо сплачене поховання
- Фонди для навчання
- Короткочасне володіння нерухомим майном
- Обладнання для бізнесу
- Обладнання для ферми
- Домашні сільськогосподарські тварини

2. Список ресурсів, що ними володієте або будете ви, ваш чоловік/дружина чи будь-хто з тих, на кого ви заповнюєте заяву:

Тип ресурсу	Хто володіє	Місце знаходження	Цінність	Хто володіє	Місце знаходження	Цінність
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. Я, мій чоловік/дружина чи будь-хто з тих, на кого я заповнюю заяву, володіє легковими машинами, вантажівками, фургонками, моторними човнами, житловими автофургонками, трейлерами чи іншими моторними засобами перевезення:

Рік (наприклад, 2010)	Марка (наприклад, форд)	Модель (наприклад, ескорт)	Сума до погашення
_____	_____	_____	_____
Відмітьте, якщо в довгостроковій оренді		Відмітьте, якщо використовується в медичних цілях	
_____	_____	_____	_____
Відмітьте, якщо в довгостроковій оренді		Відмітьте, якщо використовується в медичних цілях	

12

Додаткові ресурси LTSS (Заповніть тільки якщо ви подаєте заяву в програму LTSS)

1. Я, мій чоловік/дружина чи будь-хто з тих, на кого я заповнюю заяву, має у власності чи купляє будинок, що є основним місцем проживання:

_____	_____	_____
Адреса нерухомості	Поточна ціна (згідно з даними спеціаліста з оцінки)	Сума заборгованості за об'єкт власності
_____	_____	_____
Адреса нерухомості	Поточна ціна (згідно з даними спеціаліста з оцінки)	Сума заборгованості за об'єкт власності

2. Я, мій чоловік/дружина чи будь-хто з тих, на кого я заповнюю заяву, продавав, обмінював або передавав ресурс за останні п'ять років (включаючи, власність, довірчі фонди, транспортні засоби, готівку чи житлові маєтки)? Так Ні Якщо так, вкажіть наступне: (за потреби вкласти додаткові аркуші)

Тип ресурсу Дата передання Вартість переданого ресурсу Кому був переданий ресурс

Тип ресурсу Дата передання Вартість переданого ресурсу Кому був переданий ресурс

13

Програма довгострокового медичного страхування (Не потрібна для ощадних програм Medicare)

Я/ми маємо довгострокове медичне страхування? Так Ні Аш страховий партнерський договір довгострокового медичного страхування відповідає усім вашим потребам? Так Ні

Якщо так, будь ласка, вкажіть назву страхової компанії чи компаній та що саме покриває ваш страховий договір:

Страхова компанія Номер поліса Ім'я власника полісу Застрахована особа Вартість в доларах США (якщо LTCF)

Страхова компанія Номер поліса Ім'я власника полісу Застрахована особа Вартість в доларах США (якщо LTCF)

Щоб додати коментарі до цієї заяви, додайте аркуші, зазначивши на них необхідну інформацію.

14

Інформація щодо вповноваженого представника

Вповноваженим представником може бути будь-яка доросла особа, що обізнана у побутових умовах родинного помешкання та має право, надане їй родиною, що проживає у помешканні, діяти від імені родини при вирішенні правових питань.

Призначаючи вповноваженого представника, ви даєте своєму представникові дозвіл:

- Підписувати заявку від вашого імені;
- Отримувати повідомлення, пов'язані з вашою заявкою та рахунком; та
- Діяти від вашого імені стосовно всіх питань, пов'язаних із заявкою та рахунком.

1. Чи призначаєте ви вповноваженого представника? Так Ні
2. Чи ви хочете, щоб ваш уповноважений представник отримував повідомлення, пов'язані з вашою заявкою та рахунком? Так Ні
3. Чи вповноважений представник має офіційну опіку?

Так Ні Якщо так, для кого: _____

4. Чи має довіреність цей уповноважений представник? Так Ні Якщо так, для кого: _____

Ім'я та прізвище / назва організації вповноваженого представника

Номер телефону

Адреса електронної пошти

Поштова адреса вповноваженого представника

Повернення державі коштів за страхове покриття лікування та довгострокову медичну допомогу:

За законом, штат Вашингтон може відшкодувати кошти, витрачені на певні види медичного обслуговування, за рахунок вашої нерухомості через Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, та Розділ 182-527 WAC). Повернення майна не відбувається до моменту вашої смерті, смерті вашого чоловіка або дружини та поки вашим дітям не виповниться 21 рік. Також воно не відбувається, якщо ваша дитина, що вас пережила, є сліпою/з обмеженими можливостями на момент вашої смерті. Кошти, що відшкодовуються, включають:

Певні довгострокові послуги та обслуговування Washington Apple Health, якщо вам виповнилося 55 або більше років на момент отримання таких послуг.

Певні послуги, фінансовані тільки штатом, незалежно від вашого віку на момент отримання цих послуг.

Ви можете знайти перелік послуг, що підлягають відшкодуванню, у WAC 182-527-2742. Ви можете знайти перелік активів, які виключено із відшкодування, у WAC 182-527-2746.

Штат також може висунути право застави на вашу нерухомість до вашої смерті, в будь-якому віці, якщо вас перевели до медичної застави на постійне проживання (WAC 182-527-2734). Штат може відшкодувати кошти через продаж майна або вашої нерухомості, за виключенням випадків, коли:

- Ваш чоловік або дружина проживає у цій нерухомості;
- Ваш брат або сестра проживає у цій нерухомості, є її співвласником, або задовольняє певним критеріям.
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та є сліпою/з обмеженими можливостями; або
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та їй ще не виповнився 21 рік.

Ви можете знайти перелік послуг, що підлягають відшкодуванню за заставою до вашої смерті, у WAC 182-527-2734.

Передача прав та співробітництво:

Ви розумієте, що ви надаєте штату Вашингтон проводити виплати за медичний догляд третім особам, коли отримуєте покриття за програмою Washington Apple Health. Це означає, що штат Вашингтон сплатить будь-який інший страховий план, який за законом повинен покрити будь-які ваші медичні витрати (це може бути страховий план колишнього чоловіка або колишньої дружини, або когось з батьків, з яким ви більше не проживаєте). Клієнт того страхового плану може отримати інформацію про ваші медичні витрати, які сплачено за цим планом. Якщо ви боїтесь, що це може піддати небезпеці вас або ваших дітей, ви можете звернутися до нас з проханням не використовувати платежі третій сторони за медичний догляд.

Опис щорічної ренти:

Якщо ви або ваш чоловік чи ваша дружина має проценти в щорічних виплатах та ви отримуєте пільги програми Washington Apple Health (Medicaid) для довготривалого нагляду, ви повинні назвати штат Вашингтон бенефіціарієм із правом очікування щорічних виплат.

Права на адміністративне слухання:

Якщо ви не згодні з рішенням, яке ми прийняли стосовно покриття витрат на турботу про ваше здоров'я або довгострокову медичну допомогу, ви маєте право на оскарження рішення через процес адміністративного слухання. Ви також можете зробити запит керівнику або адміністратору на перегляд суперечливого рішення або дії без впливу на ваше право на адміністративне слухання.

Я розумію, що інформація, яку я надаю для отримання або продовження допомоги, підлягає перевірці федеральними чиновниками або чиновниками штату на предмет достовірності. Я уповноважую Управління охорони здоров'я (HCA) штату Вашингтон та Департамент соціального та медичного обслуговування (DSHS) провести перевірку активів для визначення мого права на отримання допомоги та перевірити точність моїх фінансових даних. Я розумію, що HCA та DSHS можуть провести розслідування та звернутися до будь-яких фінансових установ, агентства штату або федеральних агентств і до приватних баз даних у рамках процесу перевірки активів. Я розумію, що дія цього дозволу закінчується після прийняття остаточного рішення з відмовою щодо моєї заяви, після втрати мною права на отримання пільги або у випадку відкликання мною цього дозволу в будь-який момент за відповідним письмовим повідомленням, яке я маю надати HCA та DSHS. Я розумію, що в випадку якщо я відкликаю або відмовлюсь надати дозвіл, я не буду мати права на участь у будь-якій пов'язаній з SSI програмі Washington Apple Health з надання безкоштовної медичної допомоги малозабезпеченим, людям похилого віку, незрячим людям або людям із обмеженими фізичними можливостями.

Відкликання або відмова дозволу на проведення перевірки наявних ресурсів не впливає на права участі в програмі індивідуального догляду за особами похилого віку (TSOA)

Департамент пропонує послуги з реєстрації осіб, у тому числі автоматичну реєстрацію осіб із правом голосу.

Якщо ви подасте заяву на реєстрацію або відмову від реєстрації на участь у голосуванні, це не вплине на послуги або розмір пільг, які ви можете отримувати від цієї агенції. Якщо вам потрібна допомога під час заповнення заявки на реєстрацію особи, яка голосує, ми допоможемо вам. Реєстрація осіб, які мають право голосу Ви можете заповнити форму реєстрації особи, яка голосує, приватно. Якщо ви вважаєте, що хтось втручається у ваше право на реєстрацію або відмову від реєстрації для голосування, ваше право на приватність у прийнятті рішення щодо реєстрації або поданні заяви на реєстрацію для голосування, або ваше право на вибір вашої власної політичної партії чи інші політичні уподобання, ви можете заповнити скаргу за адресою: Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, електронна пошта elections@sos.wa.gov, або зателефонувати за номером 1-800-448-4881.

Чи бажаєте ви зареєструватися для голосування або поновити вашу реєстрацію для голосування? Так Ні
Якщо ви не відмітили жодного пункту, ми вважатимемо, що ви вирішили цього разу не реєструватися для голосування, за виключенням випадків, якщо ви маєте право на автоматичну реєстрацію для участі в голосуванні осіб із правом голосу і не відмовляєтеся від такого права.

Якщо ви не відмітили «Ні» вище, ви можете бути автоматично зареєстрованими для участі в голосуванні. Ви маєте право на автоматичну реєстрацію для участі в голосуванні, якщо на момент наступних виборів вам виповниться 18 років, ви є громадянином Сполучених Штатів Америки, і в організації DSHS є певні дані про вас, а саме: ваше ім'я, адреса мешкання й поштова адреса, дата народження, дані, які підтверджують наявність у вас громадянства США, а також ваша декларація достеменності інформації, наданої у цій формі, завірена вашим підписом.

Чи бажаєте ви автоматично зареєструватися для голосування? Так Ні
Якщо ви відмітили варіант відповіді «Так», або якщо ви не відмітили жодного варіанту відповіді, і при цьому, ви маєте право на автоматичну реєстрацію для участі в голосуванні, організація DSHS направить вашу інформацію до Офісу Секретаря штату, і ви будете автоматично зареєстровані для участі в голосуванні.

Щоб поділитися коментарями або додати більше інформації, прикріпіть додатковий аркуш.

Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) інформацію у цій заяві. Я проголошую, під присягою відповідно до законів штату Вашингтон, що інформація, яку я надав(-ла) у даній заявці, включаючи інформацію стосовно громадянства та імміграційного статусу членів, що подають заявку на переваги, є правдивою, вірною та повною відповідно до моїх знань.

Підпис клієнта

Номер телефону

Дата

Підпис чоловіка/дружини

Номер телефону

Дата

Підпис батька/матері неповнолітньої дитини-клієнта

Номер телефону

Дата

Підпис офіційного представника або помічника

Номер телефону

Дата