

Запрос информации о программе накоплений Medicare

Заполняйте разборчиво печатными буквами. Область, выделенную темным цветом, оставьте пустой.

Заявитель _____ Домашний телефон (____) _____
Имя _____ Средний инициал _____ Фамилия _____

Домашний адрес _____
Улица _____ Кв. _____ Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Округ _____
Данное место жительства является приютом? Да Нет

Почтовый адрес _____
(если не совпадает с указанным выше) Улица / абонентский ящик _____ Кв. _____ Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____ Округ _____

Имена и фамилии (Начните перечисление со своего имени и фамилии. Укажите также девичью фамилию и псевдонимы.)

Имя	Средний инициал	Фамилия	Дата рождения	Пол	Номер социального обеспечения	Коды расовой или этнической принадлежности (по желанию)
Я сам(а)						
Супруг(а)						
Ребенок*						

*Если младше 18 лет. При необходимости приложите дополнительный лист для перечисления данных других детей.

Коды расовой или этнической принадлежности: А — Уроженец (-ка) Азии В — Чернокожий (-ая) или афроамериканец (-ка) Н — Испаноязычный (-ая) или латиноамериканец (-ка)
I — Коренной (-ая) житель(ница) Америки или Аляски (Вы можете выбрать несколько кодов.) W — Представитель(ница) белой расы Р — Уроженец (-ка) Гавайских или других тихоокеанских островов
U — Неизвестна

Сведения программы Medicare о заявителе

Номер Medicare _____ (указан на красно-синей карточке Medicare) Подписаны ли вы на часть A Medicare? Да Нет Дата вступления в силу _____
Подписаны ли вы на часть B Medicare? Да Нет Дата вступления в силу _____

Сведения программы Medicare о супруге, если он(а) подает заявление

Номер Medicare _____ (указан на красно-синей карточке Medicare) Подписан(а) ли ваш(а) супруг(а) на часть A Medicare? Да Нет Дата вступления в силу _____
Подписан(а) ли ваш(а) супруг(а) на часть B Medicare? Да Нет Дата вступления в силу _____

Хотите ли вы, чтобы мы рассмотрели вопрос о возмещении вам расходов на взносы Medicare за предыдущий период? Да Нет

Платите ли вы или ваш(а) супруг(а) какие-либо взносы медицинского страхования, кроме Medicare? Да Нет Кто осуществляет платежи? _____ Ежемесячная сумма платежей (долл.) _____

Платите ли вы или ваш(а) супруг(а) алименты ребенку или бывшему (-ей) супругу (-е)? Да Нет Кто осуществляет платежи? _____ Ежемесячная сумма платежей (долл.) _____

Хотите ли вы подать заявление на получение полного пакета льгот Medicaid? Да Нет

Укажите ниже сведения обо всех получаемых доходах, а именно о заработной плате, пенсии, социальном обеспечении, выходном пособии, доходе от сдачи имущества в аренду или от коммерческой деятельности и т. п. Укажите сумму, получаемую до удержания всех налогов и прочих вычетов.

Имена и фамилии заявителя, его (ее) супруга (-и) или ребенка до 18 лет без инвалидности (при необходимости приложите дополнительный лист)	Кто предоставляет денежные средства? (Имя и фамилия / источник дохода)	Сумма	Периодичность (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)

Вы хотите получать уведомления только на английском языке на испанском и английском языках

Подписывая настоящую форму, я понимаю, что все лица, указанные как подающие заявление на участие в программе накоплений Medicare, будут зарегистрированы в соответствующей программе, если они соответствуют критериям участия в ней. Я также ознакомился (-ась) с «Условиями, правами и обязанностями», приводимыми на следующей странице, и мне понятно их содержание. Я подтверждаю, с осознанием ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, что все сведения, приведенные в настоящем заявлении, насколько мне известно, являются достоверными.

Подпись заявителя или его представителя _____ Дата _____

Подпись супруга (-и) _____ Дата _____

Адрес и номер телефона представителя, указание, кем он(а) приходится заявителю _____

Документы

Вы должны предоставить документы, подтверждающие ваш доход и выплату вами любых взносов медицинского страхования. Просмотрите этот список и подайте те документы, которые вы должны предоставить, чтобы представители Medicaid могли определить, соответствуете ли вы критериям получения дополнительных льгот. Если вы запрашиваете возмещение расходов на взносы Medicare за предыдущий период, то должны предоставить документы, подтверждающие ваш доход за три месяца, предшествующие дате подачи заявления, указанной в правом верхнем углу данной формы.

- **Документы, подтверждающие доход:** квитанции о начислении зарплаты, справка с места работы, налоговая декларация о доходах, уведомление о назначении любого нетрудового пособия, например, социального обеспечения, пособия по безработице или пособия ветерана, либо справку от квартирьермейстера, квартиранта или арендатора.
- **Документы, подтверждающие выплату вами взносов медицинского страхования, помимо Medicare:** справка с места работы, ведомость внесения страховых взносов или платежную квитанцию.

Чтобы избежать задержек при обработке документов, не забудьте поставить на заявлении дату и подписать в месте, специально отведенном выше.

Условия, права и обязанности

Заполняя и подписывая данную форму, я подаю заявление на участие в программе накоплений Medicare. **ОПЛАТА ВАШИХ ВЗНOSОВ В MEDICARE ЯВЛЯЕТСЯ ЛЬГОТОЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ MEDICAID.**

Санкции

Я понимаю, что по моему заявлению может быть проведена проверка, и соглашаюсь оказывать содействие в рамках такой проверки. Федеральные законы и законы штата предусматривают санкции в виде штрафа и/или тюремного заключения, если вы сообщите ложные сведения при подаче заявления на пособие Medicaid или в любой момент, когда вам зададут вопрос относительно ваших прав на них, либо заставите другое лицо сообщить ложные сведения о вашем заявлении или действительности вашего права на участие. К вам также могут быть применены санкции, если вы скроете или не сообщите факты, касающиеся первичного получения вами права на участие в Medicaid или его продления, либо факты, влияющие на право лица, за которое вы подаете заявление, впервые получить или продолжать получать льготы Medicaid, причем такими льготами должно пользоваться это лицо, а не вы сами.

Изменения

Я соглашаюсь незамедлительно сообщать учреждению о любых изменениях своих потребностей, дохода, права собственности, условий проживания или адреса, насколько они мне известны.

Номер социального обеспечения (SSN)

Если вы подаете заявление на участие в программе накоплений Medicare, то должны сообщить свой номер социального обеспечения, за исключением тех случаев, когда вы беременны. Данное требование определено в следующих законах: части 18 Свода законов и правил штата Нью-Йорк (NYCRR), разделах 351.2, 360-1.2 и 360-3.2(j)(3); части 42 Кодекса законов США (USC), § 1320b-7. Номера социального обеспечения используются во многих случаях как в работе местных подразделений социальных служб, так и для их совместной деятельности с государственными и местными учреждениями и учреждениями уровня штата в Нью-Йорке и других юрисдикциях. Примеры использования номеров социального обеспечения: проверка личности заявителя; выявление и проверка дохода от трудовой деятельности и иного дохода; проверка возможности родителей, проживающих отдельно, получать медицинское страхование для заявителей; проверка возможности заявителей получать алименты на содержание детей и проверка возможности заявителей получать денежную или иную помощь.

Подтверждение гражданства и иммиграционного статуса

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, с осознанием ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, что я и/или любое лицо, за которое я ставлю подпись, является гражданином США либо уроженцем одной из территорий США или имеет удовлетворительный иммиграционный статус. Я понимаю, что сведения обо мне будут переданы в Бюро по делам гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) для проверки моего иммиграционного статуса, если это применимо. Я также понимаю, что право использовать и разглашать сведения обо мне есть только у лиц и организаций, имеющих непосредственное отношение к проверке иммиграционного статуса и администрированию и реализации положений программы Medicaid.

Уведомление о недопущении дискриминации

Данное заявление будет рассмотрено без учета расы, цвета кожи, пола, инвалидности, религиозных убеждений, национального происхождения и политических убеждений.

Подтверждение

Подписывая данное заявление, я клянусь и утверждаю, что сведения, которые я предоставил(а) или представлю Департаменту социального обеспечения в качестве основания для участия в программе Medicaid, являются верными. Я также передаю Департаменту социального обеспечения все имеющиеся у меня права на то, чтобы добиваться помощи от лиц, несущих юридическую ответственность за оказание мне помощи, и добиваться предоставления других ресурсов третьими лицами. Я понимаю, что суммы страхового покрытия, выплаченные от моего имени по программе Medicaid, могут быть взысканы с лиц, которые несли юридическую ответственность за оказание мне помощи в период предоставления медицинских услуг.

Согласие

Я понимаю, что, подписывая настоящее заявление/подтверждение, я соглашаюсь на проведение Департаментом социального обеспечения любой проверки, направленной на то, чтобы убедиться в достоверности предоставленной мной информации или подтвердить ее, либо любой другой проверки с его стороны в связи с моим запросом на участие в программе Medicaid. Если потребуется дополнительная информация, я ее предоставлю.

Если после прочтения и заполнения данной формы вы решите, что НЕ хотите подавать заявление на участие в программе Medicare translate, поставьте свою подпись в отведенной ниже строке над чертой.

Я согласен (-на) отозвать свое заявление _____ Дата _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information			Date	Employed by		
Eligibility Determined by Worker (Date):				Eligibility Approved by (Date):		
Central/Office	Application Date	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case No	Reuse Ind.
Case Name		District		Registry No.		Ver.
Effective Date <input type="checkbox"/> MA Disp. <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/> Withdrawal				Reason Code	Proxy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	