

**WSKAZÓWKI**

1. Należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami. Prosimy nie wypełniać szarych pól.
2. Formularz należy wypełnić w całości i zgodnie ze stanem faktycznym.
3. Formularz należy podpisać na odwrocie.
4. Dokumenty recertyfikacyjne należy odesłać na podany adres.

**NAZWA I ADRES OKRĘGU LOKALNEGO**

--

**ZAKRES RECERTYFIKACJI**

- Bez zmian  
 Zmiana  
 Potrzebna zaległa dokumentacja

OŚRODEK/BIURO	IDENTYFIKATOR JEDNOSTKI	IDENTYFIKATOR PRACOWNIKA	RODZAJ SPRAWY	NUMER SPRAWY	OKRĘG	DATY KWALIFIKACJI MA					
[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ]	[ 2   0 ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		Od			Do		
<b>NAZWA SPRAWY</b>	<b>IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, Z KTÓRĄ PROWADZONY JEST WYWIAD</b>				<b>KATEGORIE</b>	Miesiąc	Dzień	Rok	Miesiąc	Dzień	Rok

**DANE BENEFICJENTA**

IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	NAZWISKO	<b>DATA URODZENIA</b>		
			Miesiąc	Dzień	Rok

PŁEĆ <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> X	TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA (OPCJONALNIE)* (ZOB. KODY PONIŻEJ)
--	--

\*Tożsamość płciowa: oznacza, w jaki sposób siebie postrzegamy i jak siebie określamy. Pana/Pani tożsamość płciowa może być taka sama jak płeć przypisana przy urodzeniu lub inna. Kody tożsamości płciowej: **M**-mężczyzna, **K**-kobieta, **N**-niebinarna lub niezgodna, **X-X**, **T**-transpłciowość, **D**-inna tożsamość: Prosimy opisać swoją tożsamość w podanym miejscu.

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO	PROSIMY Podać inne imiona i nazwiska, pod którymi występuje beneficjent	ONC
---------------------------------	---	-----

NAZWA I ADRES PLACÓWKI BENEFICJENTA
-------------------------------------

**DANE MAŁŻONKA(-I) BENEFICJENTA**

IMIĘ MAŁŻONKA(-I)	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	NAZWISKO MAŁŻONKA(-I)	<b>DATA URODZENIA</b>		
			Miesiąc	Dzień	Rok

MAŁŻONEK(-KA) NIE ŻYJE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	CZY MAŁŻONEK(-KA) SKŁADA WNIOSEK / UBIEGA SIĘ O RECERTYFIKACJĘ / OTRZYMUJE ŚWIADCZENIE? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO MAŁŻONKA(-I)
---	--	--

ADRES MAŁŻONKA(-I)	NUMER TELEFONU MAŁŻONKA(-I) ( )
--------------------	------------------------------------

PROSIMY Podać inne nazwiska, pod którymi występuje małżonek(-ka)	ONC
--	-----

PROSIMY WSKAZAĆ CZŁONKÓW RODZINY POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU, KTÓRZY MIESZKAJĄ Z PANA/PANI MAŁŻONKIEM(-KĄ)	<b>NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO CZŁONKA RODZINY</b>	<b>DATA URODZENIA CZŁONKA RODZINY</b>
		Miesiąc Dzień Rok

JAKA RELACJA ŁĄCZY TEGO CZŁONKA RODZINY Z PANEM/PANIĄ LUB PANA/PANI MAŁŻONKIEM(-KĄ)?
--

IMIĘ I NAZWISKO ORAZ ADRES OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ TEN FORMULARZ (jeżeli jest to osoba INNA NIŻ beneficjent lub małżonek(-ka) beneficjenta)	NUMER TELEFONU TEJ OSOBY ( )
---	---------------------------------

**ZASOBY**

PROSIMY WYMIENIĆ WSZELKIE ZASOBY, KTÓRE MOŻE POSIADAĆ BENEFICJENT:

	TAK	NIE	WARTOŚĆ W USD	NUMER KONTA		LOKALIZACJA
Konto osobiste na wypadek zdarzeń (Personal Incidental Account, PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rachunek oszczędnościowy (konto zwykłe/konto oszczędnościowe/potwierdzenie depozytu w banku lub kasie oszczędnościowo-kredytowej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
W oczekiwaniu na rozstrzygnięcie sporu sądowego lub spadek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fundusz powierniczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ubezpieczenie na życie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Annuita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Akcje, obligacje, obligacje oszczędnościowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nieruchomości (w tym nieruchomości wakacyjne i gospodarstwo rolne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Majątek przynoszący dochód	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Majątek nieprzynoszący dochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Własny dom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fundusz wzajemny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
IRA, KEOGH, 401-K, wynagrodzenie odroczone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Inne konto emerytalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fundusz pogrzebowy, powierniczy fundusz pogrzebowy, miejsce na cmentarzu (kwatery), umowa pochówku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Inne (prosimy określić)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pojazd mechaniczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rok	Marka	Model

CZY PAN/PANI LUB PANA/PANI MAŁŻONEK(-KA) DOKONALI SPRZEDAŻY, NIEODPŁATNEGO ZBYCIA LUB PRZENIESIENIA JAKIEJKOLWIEK GOTÓWKI, DOCHODU, NIERUCHOMOŚCI BĄDŹ INNYCH AKTYWÓW W CIĄGU OSTATNICH 60 MIESIĘCY?

TAK	NIE	AKTYWO	WARTOŚĆ W USD	DO KOGO TRAFIŁY?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Prosimy nie wypełniać szarych pól.

Prosimy nie wypełniać szarych pól.

DOCHÓD									
PROSIMY WSKAZAĆ DOCHÓD, KTÓRY MOŻE UZYSKIWAĆ BENEFICJENT, MAŁŻONEK(-KA) BENEFICJENTA LUB POZOSTAJĄCY NA UTRZYMANIU CZŁONEK RODZINY:	DOCHÓD BENEFICJENTA			DOCHÓD MAŁŻONKA(-KI)			DOCHÓD CZŁONKA RODZINY		
	TAK	NIE	KWOTA W USD	TAK	NIE	KWOTA W USD	TAK	NIE	KWOTA W USD
Świadczenia z ubezpieczenia społecznego / świadczenia z tytułu emerytury kolejowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emerytura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Świadczenia dla weteranów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRA, KEOGH, 401-K, wynagrodzenie odroczone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimenty / świadczenia dla małżonka/(-i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipoteka / dochód z tytułu najmu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annuita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Odsetki z rachunków bankowych, funduszy wzajemnych, akcji, jednostek kredytowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dywidendy z akcji, obligacji, funduszy wzajemnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inny dochód, np. świadczenia z tytułu niepełnosprawności, SSI, zatrudnienia itp. (Prosimy określić)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy spodziewa się Pan/Pani uzyskania dochodu z funduszu powierniczego, rozstrzygnięcia procesu sądowego, spadku itp.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Czy posiada Pan/Pani Medicare (kartę czerwoną, białą i niebieską)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak: <input type="checkbox"/> Part A	<input type="checkbox"/> Part B
Czy Pana/Pani małżonek(-ka) lub pozostający na utrzymaniu członek rodziny posiada Medicare?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak: <input type="checkbox"/> Part A	<input type="checkbox"/> Part B
Czy Pan, Pana/Pani małżonek(-ka) lub pozostający na utrzymaniu członek rodziny są objęci planem ubezpieczenia zdrowotnego, na przykład oferowanym przez pracodawcę, związku zawodowe, system emerytalny; ochroną na podstawie zlecenia wsparcia, planami ubezpieczeń prywatnych lub VA?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie		
Imiona i nazwiska osób objętych ochroną				
Kto opłaca składkę				
Nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego				
Numer polisy				
Kogo obejmuje polisa?				
Data wejścia polisy w życie				
Wysokość składki i częstotliwość jej opłacania				

#### WYDATKI GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Czy Pana/Pani małżonek(-ka) ponosi wydatki dotyczące gospodarstwa domowego?  Tak  Nie Jeśli „Tak”, prosimy wypełnić wymagane informacje poniżej.

MIESIĘCZNA KWOTA CZYNSZU	MIESIĘCZNA KWOTA HIPOTEKI	MIESIĘCZNA KWOTA PODATKU	MIESIĘCZNY RACHUNEK ZA OGRZEWANIE
USD	USD	USD	USD

#### INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI RASOWEJ/ETNICZNEJ – WYŁĄCZNIE WNIOSKODAWCA

(Podanie tych informacji jest opcjonalne. Jeżeli jednak informacje te nie zostaną podane, osoba zbierająca wywiad może zapisać je na podstawie własnych obserwacji. Informacje te są gromadzone wyłącznie w celu zapewnienia każdemu sprawiedliwej pomocy/opieki. Informacje te nie będą mieć wpływu na Pana/Pani kwalifikację). Jestem: (należy zaznaczyć tylko jedną opcję)

Kody przynależności rasowej/etnicznej:  B-osobą czarnoskórą lub pochodzenia afroamerykańskie go,  W-osobą rasy białej,  H-osobą mającą pochodzenie w kraju hiszpańskojęzycznym lub Ameryce Łacińskiej,  \*A-Azjata (-ką) lub mieszkańcem(-nką) Wysp Pacyfiku  I-rdennym(-ą) Amerykaninem(-ką) lub rdzennym(-ą) mieszkańcem(-nką) Alaski,  \*P-rdennym(-ą) Hawajczykiem(ką) lub mieszkańcem(-nką) wysp Pacyfiku,  U-nieznanne,  O-inne. \_\_\_\_\_

\* Jeżeli wybrano odpowiedź A – Azjata(-ka), lub P – rdzenny mieszkani(-ka) Hawajów lub wysp Pacyfiku, prosimy zapoznać się z poniższymi informacjami na temat innych obywateli Ameryki pochodzących z Azji i wysp Pacyfiku (AAPI).

\*Inni obywatele Ameryki pochodzący z Azji/wysp Pacyfiku (opcjonalnie) – prosimy o określenie swojej podgrupy AAPI. Pochodzenie należące do podgrupy i wchodzące w skład tej społeczności to między innymi: Chiny, Japonia, Filipiny, Korea, Wietnam, Kambodża, Indonezja, Pakistan, Sri Lanka, Tajwan, Hawaje, Samoa, Tonga, Guam (w tym lud Czamorro), Wyspy Marshalla, Fidzi i inne.

**INFORMACJA DOTYCZĄCA BRAKU DYSKRIMINACJI** – wniosek zostanie rozpatrzony bez uwzględnienia rasy, koloru skóry, płci, niepełnosprawności, wyznania, pochodzenia narodowego lub przekonań politycznych.

**NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO** – osoba składająca wniosek o Medicaid (MA) ujawnia numer ubezpieczenia społecznego każdej osoby, dla której składany jest wniosek o Medicaid, chyba że dana osoba jest cudzoziemcem nieposiadającym zezwolenia na pobyt, ubiegającym się o MA wyłącznie w celu leczenia dolegliwości nagłych. Takie ujawnienie jest obowiązkowe dla celów Medicaid na podstawie ust. 351.2 i 360-1.2 18NYCRR oraz 42 USC 1320b-7. Numery ubezpieczenia społecznego są wykorzystywane w celu poprawnego identyfikowania wnioskodawców i beneficjentów Medicaid oraz weryfikowania dochodu, kwalifikacji i kwoty świadczeń. Będziemy również wykorzystywać Pana/Pani numer ubezpieczenia społecznego w celu zestawienia go z danymi IRS dotyczącymi dochodu z innych źródeł niż praca zarobkowa oraz danych Departamentu Pracy stanu Nowy Jork dotyczących dochodu z pracy zarobkowej.

**ZGODA** – przyjmuję do wiadomości, że podpisując niniejszy wniosek / formularz certyfikacyjny, wyrażam zgodę na przeprowadzenie dochodzenia przez Wydział Usług Społecznych (Department of Social Services) w celu zweryfikowania lub potwierdzenia podanych informacji lub innego dochodzenia w związku z wnioskiem o Medicaid. W razie potrzeby prześlę dodatkowe informacje.

**ZMIANY** – zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania instytucji o wszelkich zmianach w zakresie moich potrzeb, dochodu, majątku, warunków mieszkaniowych lub adresu według mojej najlepszej wiedzy lub osądu.

**CESJA UBEZPIECZENIA I INNYCH ŚWIADCZEŃ** – zobowiązuję się do złożenia wszelkich wniosków o świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego lub wypadkowego lub o inne środki, do których jestem uprawniony(-a), oraz niniejszym ceduję takie zasoby na przedstawiciela ds. usług społecznych, do którego kierowany jest niniejszy wniosek. Ponadto zapewnię pomoc w przeprowadzeniu wymaganej cesji świadczeń lub zasobów na przedstawiciela ds. usług społecznych, do którego kierowany jest niniejszy wniosek.

**PŁATNOŚĆ BEZPOŚREDNIA** – wyrażam zgodę na przekazanie płatności należnej mi lub osobom należącym do mojego gospodarstwa domowego w ramach świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego lub wypadkowego bezpośrednio do właściwego przedstawiciela ds. usług społecznych w zakresie usług medycznych i innych usług zdrowotnych świadczonych w okresie spełniania kryteriów kwalifikacji do Medicaid.

**MEDICARE** – wyrażam zgodę na przekazanie płatności w ramach „Medicare” (część B tyt. XVIII, Program uzupełniającego ubezpieczenia medycznego) bezpośrednio na rzecz lekarzy i dostawców usług medycznych z tytułu przysługujących niezapłaconych rachunków i usług medycznych, i innych usług zdrowotnych świadczonych w okresie spełniania kryteriów kwalifikacji do Medicaid.

**KARY** – przyjmuję do wiadomości, że mój wniosek może zostać przeanalizowany, i zobowiązuję się do współpracy w zakresie takiej weryfikacji. Prawo federalne i stanowe przewiduje kary grzywny, pozbawienia wolności lub oba rodzaje kar, jeśli wnioskodawca poda niezgodne z prawdą informacje przy składaniu wniosku o świadczenia Medicaid lub w dowolnym momencie w odpowiedzi na pytanie o kwalifikację bądź spowoduje, że inna osoba udzieli nieprawdziwych informacji dotyczących jego wniosku lub jego dalszej kwalifikacji. Kary mają zastosowanie również w przypadku zatajenia lub nieujawnienia faktów dotyczących Pana/Pani początkowej i dalszej kwalifikacji do Medicaid bądź zatajenia lub nieujawnienia faktów potencjalnie wpływających na prawo osoby, w imieniu której składa Pan/Pani wniosek o uzyskanie lub dalsze otrzymywanie świadczeń Medicaid; a ze świadczeń takich musi korzystać taka osoba, a nie Pan/Pani.

Prawo federalne i stanowe stanowi, że każde przeniesienie aktywów za kwotę niższą niż godziwa wartość rynkowa, dokonane przez osobę fizyczną lub jej małżonka(-kę) w ciągu lub po sześćdziesięciu miesiącach bezpośrednio poprzedzających pierwszy dzień miesiąca, w którym dana osoba zostaje umieszczona w placówce opiekuńczej, lub data złożenia wniosku o Medicaid jako osoba przebywająca w placówce opiekuńczej, jeżeli nastąpiło to w późniejszym terminie, może spowodować brak kwalifikacji danej osoby do otrzymania usług w placówce opiekuńczej.

**OŚWIADCZENIE** – podpisując niniejszy wniosek, oświadczam i potwierdzam, że informacje, których udzieliłem(-am) i udzielię pracownikom Wydziału Usług Społecznych, będące podstawą ubezpieczenia Medicaid, są zgodne ze stanem faktycznym. Przenoszę również na Wydział Usług Społecznych wszelkie przysługujące mi prawa do uzyskiwania wsparcia od osób, które odpowiadają prawnie za zapewnienie mi wsparcia, oraz do pozyskiwania innych zasobów zewnętrznych. Rozumiem, że po otrzymaniu Medicaid istnieje możliwość wystąpienia o ustanowienie zastawu i odzyskanie mojej nieruchomości w określonych okolicznościach, jeżeli będę przebywał w placówce medycznej bez przewidywanej możliwości powrotu do domu. Rozumiem, że płatności dokonane przez Medicaid w moim imieniu mogą być odzyskane od osób prawnie zobowiązanych do zapewnienia mi wsparcia w czasie otrzymywania usług medycznych.

Podpis beneficjenta	Data złożenia podpisu	Podpis małżonka(-i)	Data złożenia podpisu
Podpis przedstawiciela	Data złożenia podpisu		
Podpis pracownika	Data złożenia podpisu	Podpis przełożonego	Data złożenia podpisu