

ИНСТРУКЦИИ

1. Заполняйте разборчиво печатными буквами. Области, выделенные темным цветом, оставьте пустыми.
2. Заполните форму полностью и точно.
3. Подпишите форму на обратной стороне.
4. Отправьте эту форму повторной сертификации по указанному адресу.

НАЗВАНИЕ И АДРЕС ОРГАНА МЕСТНОГО ОКРУГА

--

ПРИ ПОВТОРНОМ ЗАВЕРЕНИИ ВЫЯВЛЕНО

- Нет изменений
- Изменение
- Необходимо предоставить недостающие документы

ЦЕНТР/ОФИС	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ОТДЕЛА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР СОТРУДНИКА	ТИП ДЕЛА	НОМЕР ДЕЛА	ОКРУГ	ДАТА УСТАНОВЛЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ МА		
НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЛА	ИМЯ ОПРАШИВАЕМОГО ЛИЦА			КАТЕГОРИИ				

СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ					
ИМЯ	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ		
			Месяц	День	Год

ПОЛ <input type="checkbox"/> МУЖСКОЙ <input type="checkbox"/> ЖЕНСКИЙ <input type="checkbox"/> X	ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)* (СМ. КОДЫ НИЖЕ)
--	--

* Гендерная идентичность — это то, кем Вы себя ощущаете и как себя называете. Ваша гендерная идентичность может совпадать с полом при рождении или отличаться от него. Коды гендерной идентичности: **M** — мужчина, **F** — женщина, **N** — небинарный или неконформный гендер, **X** — X, **T** — трансгендер, **D** — другая идентичность; опишите свою идентичность в указанном месте.

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДРУГИЕ ИМЕНА, ПОД КОТОРЫМИ ИЗВЕСТЕН ПОЛУЧАТЕЛЬ	ОНС

НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ

СВЕДЕНИЯ О СУПРУГЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ					
ИМЯ СУПРУГА (-И)	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ СУПРУГА (-И)	ДАТА РОЖДЕНИЯ		
			Месяц	День	Год

СКОНЧАЛСЯ (-АСЬ) ЛИ СУПРУГ (-А)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	СУПРУГ (-А) ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ / ПРОХОДИТ ПОВТОРНУЮ СЕРТИФИКАЦИЮ / ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ СУПРУГА (-И)

АДРЕС СУПРУГА (-И)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СУПРУГА (-И) ()

УКАЖИТЕ ДРУГИЕ ИМЕНА, ПОД КОТОРЫМИ ИЗВЕСТЕН (-ТНА) ВАШ (-А) СУПРУГ (-А)	ОНС

УКАЖИТЕ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИЖДИВЕНИИ И ПРОЖИВАЮЩИХ ВМЕСТЕ С ВАШИМ (-ЕЙ) СУПРУГОМ (-ОЙ).	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЧЛЕНА СЕМЬИ	ДАТА РОЖДЕНИЯ ЧЛЕНА СЕМЬИ		
		Месяц	День	Год

КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЧЛЕН СЕМЬИ ВАМ ИЛИ ВАШЕМУ (-ЕЙ) СУПРУГУ (-Е)?

ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО НАСТОЯЩУЮ ФОРМУ (если ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ получателя или супруга (-и) получателя)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДАННОГО ЛИЦА ()

РЕСУРСЫ

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ РЕСУРСЫ, КОТОРЫМИ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬ ПОЛУЧАТЕЛЬ:

	ДА	НЕТ	СУММА, \$	НОМЕР СЧЕТА		МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ
Счет для накладных расходов (PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Сберегательный счет (чековый / сберегательный / депозитный сертификат в банке, счет в кредитном союзе)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ожидается урегулирование судебного иска, получение наследства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Фонд доверительного управления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Полис страхования жизни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Аннуитет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Акции, облигации, сбережения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Недвижимость (включая загородный дом и участок)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Недвижимое имущество, которое приносит доход	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Недвижимое имущество, которое не приносит доход	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Собственный дом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Паевой инвестиционный фонд	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
IRA, KEOGH, 401-K, отсроченная компенсация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Другая пенсия или пенсионный счет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Фонд или траст средств на похороны, участок для погребения (могильный участок), договор на погребение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Прочие ресурсы (укажите)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Транспортное средство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Год	Производитель	Модель

ВЫ ИЛИ ВАШ (-А) СУПРУГ (-А) ПРОДАВАЛИ, ПЕРЕДАВАЛИ ИЛИ ПЕРЕВОДИЛИ КАКИЕ-ЛИБО ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА, ДОХОД, НЕДВИЖИМОЕ ИМУЩЕСТВО ИЛИ ИНЫЕ АКТИВЫ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 60 МЕСЯЦЕВ?

ДА	НЕТ	АКТИВ	СУММА, \$	КОМУ ОН ПЕРЕШЕЛ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Области, выделенные темным цветом, оставьте пустыми.

Области, выделенные темным цветом, оставьте пустыми.

ДОХОД									
УКАЖИТЕ ВСЕ ДОХОДЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ У ПОЛУЧАТЕЛЯ, ЕГО (ЕЕ) СУПРУГИ (-А) ИЛИ ЧЛЕНА СЕМЬИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ИЖДИВЕНИИ:	ДОХОД ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ			ДОХОД СУПРУГИ (-А)			ДОХОД ЧЛЕНОВ СЕМЬИ		
	ДА	НЕТ	СУММА, \$	ДА	НЕТ	СУММА, \$	ДА	НЕТ	СУММА, \$
Выплаты по социальному обеспечению или пенсионному обеспечению работника железнодорожного транспорта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Пенсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Пенсия ветерана	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRA, KEOGH, 401-K, отсроченная компенсация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Алименты / средства на содержание супруги (-а)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Доход от ипотеки или сдачи в аренду	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Аннуитет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Проценты от банковских счетов, паевых инвестиционных фондов, акций, кредитного союза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Дивиденды от акций, облигаций, паевых фондов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Иной доход, например пособие по инвалидности, пособие SSI, работа по найму и т. д. (укажите)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ожидается ли получение дохода от трастового фонда, в результате урегулирования судебного иска, дела о наследстве и т. д.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ		
Являетесь ли Вы участником программы Medicare (у Вас есть красно-бело-синяя карта)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да: <input type="checkbox"/> Часть А <input type="checkbox"/> Часть В
Является ли Ваш супруг (-а) участником программы Medicare?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да: <input type="checkbox"/> Часть А <input type="checkbox"/> Часть В
Являетесь ли Вы, Ваш (-а) супруг (-а) или член семьи, находящийся на Вашем иждивении, участником какого-либо плана медицинского страхования, например предоставляемого работодателем, профсоюзом, пенсионной системой; покрытия по алиментам, частных планов страхования или покрытия от Управления по делам ветеранов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Имя и фамилия застрахованного лица (лиц)		
Кто уплачивает взносы		
Название страховой компании		
Номер страхового полиса		
На кого распространяется действие полиса?		
Дата вступления в силу полиса		
Размер страхового взноса и периодичность его уплаты?		

РАСХОДЫ НА ЖИЛЬЕ			
Есть ли у Вашей (-его) супруги (-а) расходы на жилье? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите следующую информацию.			
СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ВЗНОСА ЗА АРЕНДУ	СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ВЫПЛАТЫ ПО ИПОТЕКЕ	СУММА НАЛОГОВ В МЕСЯЦ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ СЧЕТ ЗА ОТОПЛЕНИЕ
\$	\$	\$	\$

РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ТОЛЬКО ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ)

(Заполнять необязательно. Однако если этот пункт не будет заполнен, интервьюеру, возможно, потребуется внести данную информацию на основании собственных наблюдений. Эта информация собирается только для того, чтобы гарантировать, что все получают помощь и (или) уход на справедливой основе. Данная информация не повлияет на Ваше право на получение помощи.) Я (отметьте один вариант):

Коды расовой/этнической принадлежности: В — темнокожие или афроамериканцы W — белые Н — испаноязычные или латиноамериканцы
 А* — выходцы из Азии или тихоокеанских островов I — американские индейцы или коренные жители Аляски
 Р* — коренные жители гавайских или других тихоокеанских островов U — неизвестно O — другие. _____

* Если Вы выбрали А (азиаты) или Р (коренные жители Гавайских островов или других тихоокеанских островов), см. ниже информацию о других представителях американцев азиатского происхождения и жителей тихоокеанских островов (Asian Americans and Pacific Islanders, AAPI).

† Другие американцы азиатского происхождения / жители тихоокеанских островов (необязательно): укажите свою подгруппу AAPI. К таким подгруппам относятся, в частности, следующие: вьетнамцы, гуамцы или чаморро, индонезийцы, камбоджийцы, китайцы, корейцы, коренные гавайцы, маршалловцы, пакистанцы, самоанцы, тайванцы, тонганцы, фиджийцы, филиппинцы, шриланкийцы, японцы и другие.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ. Настоящее заявление будет рассмотрено вне зависимости от расы, цвета кожи, пола, физических недостатков, религиозных убеждений, национального вероисповедания, национального происхождения или политических убеждений.

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ. Лицо, подающее заявление на участие в программе Medicaid (MA), должно раскрыть номер социального страхования любого лица, для которого запрашивается программа Medicaid, за исключением случаев, когда это лицо является иностранцем без документов, обращающимся за услугами MA только для лечения неотложного состояния здоровья. Такое раскрытие информации является обязательным для Medicaid в соответствии с положениями разделов 351.2 и 360-1.2 части 18 Свода законов и правил штата Нью-Йорк (NYCRR), а также параграфа 1320b-7 части 42 Кодекса законов США (USC). Номера социального страхования используются для надлежащей идентификации заявителей и получателей услуг по программе Medicaid, а также для проверки доходов, прав на участие и суммы выплат. Мы также будем использовать Ваш номер социального страхования для сопоставления с данными Федеральной налоговой службы (Internal Revenue Service, IRS) о доходе, не связанном с трудовой деятельностью, и с данными Департамента труда штата Нью-Йорк о трудовых доходах.

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.

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

ПЕРЕУСТУПКА СТРАХОВЫХ И ИНЫХ ПРАВ. Я буду подавать заявления на получение всех выплат по медицинскому страхованию и страхованию от несчастных случаев или иных ресурсов, на которые я имею право, и настоящим передаю права на все эти ресурсы сотруднику социальной службы, которому подается данное заявление. Кроме того, я обязуюсь оказывать содействие в любой необходимой переуступке прав или ресурсов сотруднику социальной службы, которому подается данное заявление.

ПРЯМАЯ ВЫПЛАТА. Я даю разрешение на выплату мне или членам моей семьи пособий по медицинскому страхованию или страхованию от несчастных случаев с помощью прямой выплаты уполномоченному сотруднику социальных служб за медицинские и другие связанные со здравоохранением услуги, предоставленные в период, когда мы имеем право на участие в программе Medicaid.

MEDICARE. Я даю разрешение на осуществление выплат по программе Medicare (часть B раздела XVIII Программы дополнительного медицинского страхования) непосредственно врачам и поставщикам медицинских услуг по любым будущим неоплаченным счетам за медицинские и другие связанные со здравоохранением услуги, оказанные мне, пока я имею право на участие в программе Medicaid.

САНКЦИИ. Я понимаю, что по моему заявлению может быть проведена проверка, и соглашаюсь оказывать содействие в рамках такой проверки. Федеральное законодательство и законодательство штата предусматривают санкции в виде штрафа и (или) тюремного заключения, если Вы сообщите ложные сведения при подаче заявления на льготы 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.

Согласно федеральному законодательству и законодательству штата передача активов по стоимости, которая ниже их справедливой рыночной стоимости, осуществленная тем или иным лицом или супругом (-ой) данного лица в течение шестидесяти месяцев, непосредственно предшествовавших первому числу месяца, когда данное лицо было помещено в учреждение, или дате подачи заявления на участие в программе Medicaid как лица, помещенного в учреждение, либо позже может привести к тому, что данное лицо потеряет право на обслуживание в учреждении с сестринским уходом.

ЗАВЕРЕНИЕ. Подписывая данное заявление, я клянусь и утверждаю, что сведения, которые я предоставил (-а) или предоставлю 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 после получения страхового покрытия по программе Medicaid в отношении моего недвижимого имущества может быть оформлено право залогового удержания или получения возмещения при определенных обстоятельствах, если я буду помещен в медицинское учреждение и, как предполагается, не вернусь домой. 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.

Подпись получателя услуг	Дата подписания	Подпись супруга (-и)	Дата подписания
Подпись представителя	Дата подписания		
Подпись сотрудника	Дата подписания	Подпись координатора	Дата подписания