

**באנייאונג פאר Medicaid (כראנישע קעיר)**

**ריסערטיפיקאציע שפיגלט אפ**

קיין טויש  
 א טויש  
 מען דארף נאך דאקומענטן

**MA בארעכטיגונג דאטומס**

פון			ביז		
מאנאט	טאג	יאר	מאנאט	טאג	יאר

**לאקאלע דיסטריקט נאמען און אדרעס**

- אנווייזונגען**
- ביטע שרייבט קלאר. שרייבט נישט אין די טיילן וואס זענען גרוי.
  - פילט אויס דעם בויגן אינגאנצן און פונקטליך.
  - שרייבט אונטער דעם בויגן אויף די הונטערשטן זייט פון דעם בלאט.
  - שיקט צוריק די ריסערטיפיקאציע צום אדרעס אויסגערעכנט.

<b>צענטער/אפיס</b>	<b>אפטיילונג ID</b>	<b>ארבעטער ID</b>	<b>סארט קעיס</b>	<b>קעיס נומער</b>	<b>דיסטריקט</b>	<b>קאטעגאריעס</b>
			20			
<b>קעיס נאמען</b>						
<b>נאמען פון מענטש אויסגערעכט</b>						

**אינפארמאציע פון געניסער**

<b>ערשטע נאמען</b>	<b>מיטלסטע אינישאל</b>	<b>לעצטע נאמען</b>	<b>דאטום פון געבורט</b>
			מאנאט טאג יאר

מין  זכר  נקיבה  X

\*דזשענדער אידענטיטעט: דזשענדער אידענטיפיקאציע איז וויאזוי איר זעט זיך, און וואס איר רופט זיך. אייער דזשענדער אידענטיטעט קען זיין די זעלבע אדער אנדערש ווי אייער מין צוגעטיילט ביים געבורט. דזשענדער אידענטיטעט קאדוס: M-זכר, F-נקיבה, N-נאן-ביינערי אדער נאן-קאנפארמינג, X-X, T-טרענסדזשענדער, D-אנדערע אידענטיטעט: שילדערט אייער אידענטיטעט אינעם ארט צוגעשטעלט.

<b>סאושעל סעקיוריטי נומער</b>	<b>רעכנט אויס מיט וועלכע אנדערע נעמען מען קען די געניסער</b>	<b>ONC</b>
-------------------------------	--	------------

נאמען און אדרעס פון געניסער'ס פאסיליטעט

**אינפארמאציע פון געניסער'ס מאן/ווייב**

<b>מאן/ווייב'ס ערשטע נאמען</b>	<b>מיטלסטע אינישאל</b>	<b>מאן'ס/ווייב'ס לעצטע נאמען</b>	<b>דאטום פון געבורט</b>
			מאנאט טאג יאר

<b>מאן/ווייב איז געשטארבן</b>	<b>טוט די מאן/ווייב זיך איינגעבן/ריסערטיפיען/באקומען?</b>	<b>מאן'ס/ווייב'ס סאושעל סעקיוריטי נומער</b>
<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	
<b>מאן'ס/ווייב'ס אדרעס</b>	<b>מאן'ס/ווייב'ס טעלעפאן נומער</b>	
	( )	

<b>רעכנט אויס אנדערע נעמען מיט וועלכע אייער מאן/ווייב איז געווען באקאנט</b>	<b>ONC</b>
---	------------

<b>רעכנט אויס סיי וועלכע דעפענדענט פאמיליע מיטגלידער וועלכע וואוינט מיט אייער מאן/ווייב</b>	<b>פאמיליע מיטגליד'ס סאושעל סעקיוריטי נומער</b>	<b>פאמיליע מיטגליד'ס דאטום פון געבורט</b>
		מאנאט טאג יאר

וואס איז די פאמיליע מיטגליד'ס פארבינדונג צו אייך אדער אייער מאן/ווייב?

<b>נאמען און אדרעס פונעם מענטש וואס פילט אויס דעם בויגן (אויב אנדערש ווי די געניסער אדער געניסער'ס מאן/ווייב)</b>	<b>מענטש'ס טעלעפאן נומער</b>
	( )

רעכנט אויס סיי וועלכע רעסורסן וואס דער געניסער האט מעגליך:

לאקאציע	אקאונט נומער	\$ ווערד	יא	ניין	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פערזענליכע אינסידענטאל אקאונט (PIA)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סעווינגס אקאונט (טשעקינג/סעווינגס/ סערטיפיקאט פון דעפאזיט אין באנק, קרעדיט יוניאן)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ערווארטעטע געריכט פראצעס שליכטונג, ירושה
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	טראסט פאנד
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לייף אינשורענס
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אנייטי
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סטאקס, באנדס, סעווינגס באנדס
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ריעל עסטעיט (אריינגערעכנט וואקאציע פראפערטי און האומסטעד)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פראפערטי וואס ברענגט אריין פארדינסטן
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פראפערטי וואס ברענגט נישט אריין פארדינסטן
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אייגענע היים
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מיוטשועל פאנד
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IRA, KEOGH, -K, דעפערד קאמפ.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אנדערע פענסיע אדער ריטייערמענט אקאונט
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	באגרעבעניש פאנד, באגרעבעניש טראסט, באגרעבעניש ארט (בית הקבות פלאץ), לוי' צושטימונג
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אנדערע רעסורסן (ביטע רעכנט אויס)
מאדעל	סארט	יאר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מאטאר וויהיקל

האט איר אדער אייער מאן/ווייב פארקויפט, אוועקגעגעבן, אדער אריבערגעפירט סיי וועלכע קעש, איינקונפט, ריעל עסטעיט, אדער אנדערע ריסורס אין די לעצטע 60 מאנאטן?

צו וועם איז עס געגאנגען?	\$ ווערד	ריסורס	יא	ניין
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

איינקונפט														
רעכנט אויס סיי וועלכע איינקונפט וואס דער געניסער, געניסער'ס מאן/ווייב, אדער דעפענדענט פאמיליע מיטגלידער האבן:			געניסער'ס איינקונפט			מאן'ס/ווייב'ס איינקונפט			פאמיליע מיטגליד'ס איינקונפט					
			יא			ניין			יא			ניין		
			סומע \$			סומע \$			סומע \$			סומע \$		
סאושעל סעקורטיי/רעילראוד רעטייערמענט			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
פענסיע			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
וועטעראן'ס פענסיע			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRA, KEOGH, 401-K, דעפערד פארגיטיגונג			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אלימאני/ספאוסעל באצאלונג			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
מארגעדזש/רענטל איינקונפט			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אניוטי			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אינטערעסט פון באנק אקאונט, מיטשעל פאנדס, סטאקס, קרעדיט יוניט			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
דיווידענדס פון סטאקס, באנדס, מיטשעל פאנדס			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
אנדערע איינקונפט ווי דיסאביליטי בענעפיטן, SSI, ארבעט, א.ד.ג. (ביטע שרייבט ארויס)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ערווארט איר צו באקומען איינקונפט פון א טראסט, א פראצעס שליכטונג, ירושה, א.ד.ג.?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

העלט אינשורענס	
Part A <input type="checkbox"/> Part B <input type="checkbox"/> אויב יא, <input type="checkbox"/>	יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> האט איר Medicare (רויטע, ווייטע, און בלויע קארטל?)
Part A <input type="checkbox"/> Part B <input type="checkbox"/> אויב יא, <input type="checkbox"/>	יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> האט אייער מאן/ווייב אדער דעפענדענט פאמיליע מיטגליד Medicare?
זענט איר, אייער מאן/ווייב אדער א דעפענדענט פאמיליע מיטגליד געדעקט דורך סיי וועלכע העלט אינשורענס פלאן, ווי פלענער צוגעשטעלט דורך אן ארבעטסגעבער, יוניאנס, רעטייערמענט סיסטעם; דעקונג אונטער סאפארט באפעל, פרוואטע אינשורענס פלענער אדער VA? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין	
נאמען פון געדעקטע מענטש(ן)	
ווער באצאלט די פרימיום	
נאמען פון אינשורענס פירמע	
פאליסי נומער	
וואס טוט דער פאליסי דעקן?	
גילטיגע דאטום פונעם פאליסי	
סומע פונעם פרימיום און ווי אפט באצאלט?	

וואוינארט אויסגאבן			
האט אייער מאן/ווייב א וואוינארט אויסגאבע? <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> אויב יא, פילט אויס די פארלאנגטע אינפארמאציע אונטן.			
מאנאטליכע רענטל סומע	מאנאטליכע מארגעדזש סומע	מאנאטליכע שטייער סומע	מאנאטליכע הייצונג ביל
\$	\$	\$	\$

**ראסע/ענטנישע אפיליאציע בלויז פארן אפליקאנט**

(דאס אויספילן איז פרייוויליג. פונדעסטוועגן, אויב נישט אויסגעפילט, וועט דער אויספרעגער עס דארפן רעקארדירן דורך אבזערוואציע. די אינפארמאציע ווערט געזאמלט בלויז צו זיין זיכער אז יעדער באקומט הילף/קעיר אויף א גלייכן באזיס. די אינפארמאציע וועט נישט אפגעקטירן אייער בארעכטיגונג.) איר בן: (באצייכנט בלויז איינס)

ראסע/ענטנישע גרופע קאודס:  B-שווארץ אדער אפריקאנער-אמעריקאנער  W-ווייס  H-היספאניש אדער לאטינא  A\*-אזיאנער אדער פאסיפישע איילאנדער  I-אמעריקאנער אינדיאנער אדער אלסקאן נעטיוו  P\*-נעטיוו האווייער אדער אנדערע פאסיפישע איילאנדער  U-אומבאקאנט  0-עפעס אנדערש.

\*אויב איר האט אויסגעוועלט A-אזיאנער, אדער P-נעטיוו האווייער אדער פאסיפישע איילענדער ביטע זעט אונטן אינפארמאציע וועגן אנדערע AAPI. אנדערע אזיאנער אמעריקאנער/פאסיפיק איילענדער (פרייוויליג) - ביטע אידענטיפיצירט אייער AAPI סוב-גרופע. סוב-גרופעס אין די קאמיוניטי שליסן איין, אבער זענען נישט באגרעניצט צו: כינעזיש, יאפאנעזיש, פיליפינא, קארעאן, וועיטנאמען, קאמבאדיאן, אינדאנעזיש, פאקיסטאניש, סרי לאנקען, טאיוואנעז, נעטיוו האווייער, סאמען, טאנגאן, גואמאניאן אדער שאמארא, מארשאלעז, פידזשיאן, און אנדערע.

**נאו-דיסקרימינערי מעלדונג – די אפליקאציע וועט ווערן גענומען אין באטראכט אפגעזען פון ראסע, קאליר, מין, דיסאביליטי, רעליגיעזע גלויבונג, נאציאנאלע אפשטאם, אדער פאליטישע גלויבונגען.**

**סאושעל סעקיוריטי נומער –** א מענטש וואס געבט אריין די אפליקאציע פאר MA (Medicaid) זאל ארויסגעבן די סאושעל סעקיוריטי נומער פון סיי וועלכע פערזאן פאר וועם Medicaid ווערט פארלאנגט, סיי ווען דער אינדיווידועל איז אן אומדאקומענטירטע אליען וואס זוכט MA בלויז פאר די באהאנדלונג פון אן עמערדזשענסי מעדיצינישע צושטאנד. אזא ארויסגעבונג ווערט געפאדערט פאר Medicaid אונטער די אויטאריטעט פון טייל 351.2 און 1.2-360 פון 18NYCRR און 42 USC 1320b-7. סאושעל סעקיוריטי נומערן ווערן גענוצט צוצושטעלן פאסיגע אידענטיפיקאציע פון אפליקאנטן פאר און געניסער פון Medicaid און צו באשטעטיגן איינקונפט, בארעכטיגונג און סומעס פון בענעפיטן. מיר וועלן אויך נוצן אייער סאושעל סעקיוריטי נומער צאמצוגלייכן מיט IRS אומפארדינדע איינקונפט אינפארמאציע און מיט די ניו יארק סטעיט אפטיילונג פון לעיבאר פאר פארדינטע איינקונפט אינפארמאציע.

**צושטימונג –** איך פארשטיי אז דורך אונטערשרייבן די אפליקאציע/סערטיפיקאציע בויגן שטים איך צו צו סיי וועלכע אויספארשונג געמאכט דורך די דעפארטמענט פון סאושעל סערוויסעס צו באשטעטיגן אדער פעסטשטעלן די אינפארמאציע וואס איך האב געגעבן אדער סיי וועלכע אנדערע אויספארשונג געמאכט דורך זיי אין פארבינדונג מיט מיין פארלאנג פאר Medicaid. אויב נאך אינפארמאציע ווערט פארלאנגט, וועל איך עס צושטעלן.

**טוישונגען –** איך שטים צו צו מעלדן דעם אגענטור זאפארט איבער סיי וועלכע טויש פון מיינע געברויכן, איינקונפט, פראפערטי, וואוינונג צושטאנד אדער אדרעס לויט מיין בעסטע וויסנשאפט אדער גלויבונג.

**באשטימונג פון אינשורענס און אנדערע בענעפיטן –** איך וועל איינגעבן סיי וועלע קלאגעס פאר געזונטהייט אדער עקסידענט אינשורענס בענעפיטן אדער אנדערע רעסורס צו וועלכע איך בין בארעכטיגט, און איך טו דערמיט צוטיילן סיי וועלכע אזעלכע רעסורסן צו די סאושעל סערוויסעס באאמטער צו וועלכע די אפליקאציע איז אויסגעשריבן. אין צוגאב, וועל איך העלפן מאכן סיי וועלכע פארלאנגטע צוגעטיילטע בענעפיטן אדער רעסורסן אוועילעבעל צו די סאושעל סערוויסעס באאמטער צו וועלכע די אפליקאציע ווערט געמאכט.

**דירעקטע באצאלונג –** איך אויטאריזיר באצאלונגען פאר מיר אדער פאר מיטגלידער פון מיין הויזגעזונד פאר העלט אדער עקסידענט אינשורענס בענעפיטן צו ווערן געמאכט דירעקט פאר די פאסיגע סאושעל סערוויסעס באאמטער פאר מעדיצינישע און אנדערע געזונטהייט סערוויסעס וועלכע זענען צוגעשטעלט געווארן אין די צייט וואס מיר זענען בארעכטיגט פאר Medicaid.

**MEDICARE –** איך באשטעטיג אז באצאלונגען אונטער "Medicare" (טייל B פון טיטל XVIII, סאָפּלעמענטערי מעדיקעל אינשורענס פראגראם) זאלן ווערן געמאכט דירעקט צו דאקטוירים און מעדיצינישע פירמעס פאר סיי וועלכע צוקונפטיגע אומבאצאלטע בילס פאר מעדיצינישע און אנדערע געזונטהייט סערוויסעס וועלכע זענען געגעבן געווארן פאר מיר אין די צייט וואס איך בין בארעכטיגט פאר Medicaid.

**שטראפן –** איך פארשטיי אז מיין אפליקאציע קען ווערן אויסגעפארשט, און איך שטים צו צו קאאפערירן אין אזעלכע אויספארשונג. פעדעראלע און סטעיט געזעצן געבן אן שטראפן פון קנסות, טורמע אדער ביידע אויב איר זאגט נישט די אמת ווען איר טוט זיך איינגעבן פאר Medicaid בענעפיטן אדער אין יעדע צייט ווען איר ווערט אויסגעפרעגט איבער אייער בארעכטיגונג, אדער זענט גורם פאר א צווייטן נישט צו זאגן דעם אמת וועגן אייער אפליקאציע אדער אייער אנגייענדע בארעכטיגונג פאר Medicaid אדער אויב איר באהאלט אדער געבט נישט ארויס פאקטן וואס וואלטן משפיע געווען אויף די רעכט פון איינער פאר וועמען איר האט זיך איינגעגעבן צו באקומען אדער אנגיין צו באקומען Medicaid בענעפיטן; און אזעלכע בענעפיטן מוזן ווערן גענוצט פאר יענע אנדערע מענטש און נישט פאר זיך.

פעדעראלע און סטעיט געזעצן געבן אן אז סיי וועלכע אריבערפירונג פון פארמעגנס פאר ווייניגער פון די יושר'דיגע אנגענומענע ווערט אין די מארקעט וואס זענען געמאכט געווארן דורך א מענטש אדער זיין ווייב/איר מאן, אינערהאלב אדער נאך 60 מאנאטן גלייך בעפאר די ערשטע טאג פון די חודש אין וועלכע דער מענטש ווערט געלייגט אין אן אנשטאלט, אדער דער דאטום פון אפליקאציע פאר Medicaid אלס א מענטש אין אן אנשטאלט, אויב שפעטער, קען מאכן דעם מענטש נישט בארעכטיגט פאר נורסינג פאסיליטעט סערוויסעס.

**באשטעטיגונג –** דורך אונטערשרייבן די אפליקאציע, טו איך שווערן און באשטעטיגן אז די אינפארמאציע וואס איך האב געגעבן אדער וועט געבן צום אפטיילונג פון סאושעל סערוויסעס אלס א גרונט פאר Medicaid איז ריכטיג. איך טייל אויך צו צום אפטיילונג פון סאושעל סערוויסעס סיי וועלכע רעכטן וואס איך האב צו זוכן שטיצע פון מענטשן וואס האבן לעגאלע פאראנטווארטליכקייט מיר צו שטיצן און נאכצוגיין אנדערע דריטע-פארטיי רעסורסן. איך פארשטיי אז ביים ערהאלטן Medicaid, קען ווערן אריינגעגעבן ווערן אן א שטוד (ליען) און עס קען ווערן ארויסגעגעבן א צוריק-איינמאנונג (ריקאווערי) פון אייער ריעל עסטעיט אייגנטום אונטער געוויסע אומשטענדן אויב איר זענט אין א מעדיצינישע אנשטאלט און זענט נישט ערווארטעט זיך צוריקצוקערן אהיים. איך פארשטיי אז Medicaid באצאלט פאר מיין וועגן קען ווערן צוריק-איינגעמאנט פון מענטשן וואס האבן געהאט לעגאלע פאראנטווארטליכקייט פאר מיין שטיצע אין די צייט ווען די מעדיצינישע סערוויסעס זענען ערהאלטן געווארן.

געניסער'ס אונטערשריפט	דאטום אונטערגעשריבן	מאן'ס/ווייב'ס אונטערשריפט	דאטום אונטערגעשריבן
פארשטייער'ס אונטערשריפט	דאטום אונטערגעשריבן		
ארבעטער'ס אונטערשריפט	דאטום אונטערגעשריבן	אויפזעער'ס אונטערשריפט	דאטום אונטערגעשריבן