



Заявление на регистрацию в программе Medicaid и Программе доступного медицинского страхования



**Заполните это
заявление, чтобы
узнать, на какой вид
страхового покрытия
вы имеете право**

- Доступные программы индивидуального медицинского страхования, обеспечивающие комплексное покрытие, чтобы вы были здоровы.
 - Новый тип налоговой льготы, который позволит вам сразу же оплатить страховую премию по медицинскому страхованию.
 - Бесплатное страхование или страхование по доступной цене по программе Medicaid или Программе медицинского страхования детей (CHIP).
- Вы имеете право на участие в программе оплаченного страхования или страхования по доступной цене, даже если ваш доход достигает 94 000 дол. США в год (в расчете на семью из 4 человек).**



**Вы можете подать
заявку быстрее через
веб-сайт**

- Вы можете подать заявку быстрее через веб-сайт: [SCDHHS.gov](https://www.SCDHHS.gov) или [HealthCare.gov](https://www.HealthCare.gov).



**Какая информация
может потребоваться
для подачи заявки?**

- Номера социального страхования (или номера документов, удостоверяющих личность легальных иммигрантов, которые нуждаются в страховании)
- Информация о работодателях и доходе всех членов вашей семьи (например, данные квитанций о начислении заработной платы, форм W-2, зарплатных ведомостей или налоговых деклараций)
- Номера актуальных полисов медицинского страхования
- Информация о любой медицинской страховке, связанной с профессиональной деятельностью, которая доступна для вашей семьи



**Для чего мы
запрашиваем эту
информацию?**

Мы запрашиваем информацию о вашем доходе и другие данные, чтобы определить, на какой тип страхового покрытия вы имеете право, а также на какую помощь вы можете рассчитывать для его оплаты. **Мы обязуемся сохранять конфиденциальность предоставленной вами информации в соответствии с требованиями законодательства.** Чтобы ознакомиться с Законом о конфиденциальности, посетите веб-сайт: <https://www.SCDHHS.gov/internet/pdf/SCDHHSNoticeofPrivacyPractices080107.pdf>.



**Что происходит
дальше?**

Отправьте заполненную форму с подписью по адресу, указанному на странице для подписей.

Если вы не располагаете всей информацией, необходимой нам, подпишите и отправьте это заявление в любом случае. Мы свяжемся с вами в течение 1-2 недель. Вы получите инструкции по дальнейшему заполнению заявки для доступа к медицинскому страхованию. Если вы не получите от нас ответа, посетите веб-сайт [SCDHHS.gov](https://www.SCDHHS.gov) или позвоните по телефону 1-888-549-0820. Тот факт, что вы заполняете эту форму, не означает, что вы должны покупать полис медицинского страхования.



Важная информация



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт [SCDHHS.gov](https://www.SCDHHS.gov) или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.



Кто может использовать эту форму заявления?

- Любой член семьи может использовать эту форму для подачи заявления.
- Подайте заявку, даже если вы или ваш ребенок уже имеете полис медицинского страхования. Вы можете претендовать на оплаченное страхование или страхование по доступной цене.
- Если вы не женаты/не замужем, вы можете заполнить сокращенную форму. Посетите веб-сайт [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Заявку могут подавать семьи, членами которых являются иммигранты. Вы имеете право подать заявку за своего ребенка, даже если вы не имеете права участвовать в программе. Факт подачи заявки не влияет на ваш статус иммигранта или возможность приобрести статус постоянного резидента или гражданина.
- Если другое лицо помогает вам составлять это заявление, вы должны заполнить Форму «Уполномоченный представитель» (1282), которую можно скачать на веб-сайте [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov).



Укажите информацию о себе и своей семье.

Какую информацию необходимо указать в этом заявлении?

Укажите информацию обо всех членах семьи, проживающих с вами. Если вы отчитываетесь о налогах, укажите информацию обо всех лицах, которые упоминаются в налоговой декларации. (нет необходимости подавать налоговую декларацию для того, чтобы получить доступ к медицинскому страхованию).

УКАЖИТЕ следующую информацию:

- О себе
- О своем(-ей) супруге
- О своих детях младше 21 года, проживающих вместе с вами
- О своем партнере, с которым вы не состоите в браке и который нуждается в медицинском страховании
- О лице, которое вы указали в налоговой декларации, даже если это лицо не проживает с вами
- О лице младше 21 года, о котором вы заботитесь и которое проживает вместе с вами

НЕ НУЖНО указывать следующую информацию:

- О своем партнере, с которым вы не состоите в браке и который не нуждается в медицинском страховании
- О детях вашего партнера, с которым вы не состоите в браке
- О своих родителях, которые проживают с вами, но подают собственную налоговую декларацию (если вам больше 21 года)
- О других совершеннолетних родственниках, которые подают собственную налоговую декларацию

Размер помощи или тип программы, в которой вы можете участвовать, зависят от количества членов вашей семьи и их доходов. Эта информация нужна нам для того, чтобы предоставить вам самое эффективное покрытие.



Помощь в составлении этого заявления ищите

- На веб-сайте: [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov)
 - По телефону: Позвоните в наш справочный центр по номеру **1-888-549-0820**.
 - Лично: Вы можете воспользоваться помощью консультантов, которые находятся в вашем регионе
- Чтобы получить более подробную информацию, посетите наш веб-сайт или позвоните по телефону 1-888-549-0820.**
- En Español: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-888-549-0820**.



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) или позвоните нам по телефону **1-888-549-0820**. Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру **1-888-549-0820** и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру **1-888-842-3620**.

РАЗДЕЛ 1

Для участия в ряде программ Medicaid, обеспечивающих страховое покрытие специальных услуг, требуется предоставление дополнительной информации. Если вы заполните этот раздел, мы сможем запросить наиболее важную информацию о ваших потребностях. Если лицо, которое обращается за страховым покрытием, удовлетворяет нижеуказанным критериям, отметьте все подходящие варианты. **Даже если члены вашей семьи не удовлетворяют указанным критериям, вы можете претендовать на участие в программе Medicaid. Если ни один из вариантов не подходит, ничего не отмечайте. Мы подберем типы страхового покрытия, подходящие конкретно вам.**

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Требуется ли вам проживание в медицинском учреждении или центре сестринского ухода? Требуется ли вам услуги сиделки на дому? | ☐ Предполагаемая нетрудоспособность | Этот пункт отмечается только в рамках пилотного проекта |
| ☐ Лечение в связи со следующими заболеваниями:
- Рак груди -Рак шейки матки -Атипичная гиперплазия молочной железы
- Предраковые заболевания шейки матки (CIN 2/3) | ☐ Физическая недееспособность или умственная отсталость | |
| ☐ Срок действия страхового покрытия по программе SSI заканчивается, и лицо подает повторное заявление на регистрацию в системе Medicaid (пример: письмо со ссылкой на поправку Пикла) | ☐ Лицо в возрасте 65 лет и старше | |
| ☐ Беженец из другой страны, получивший убежище в США | ☐ Участие в программе Medicare | |
| | ☐ Подача заявления на регистрацию в программе TEFRA или PRTF | |

Сначала предоставьте информацию о себе, затем о других совершеннолетних членах семьи и детях. Если в вашей семье больше 4 человек, сделайте копии страниц и прикрепите их заявлению. Не нужно указывать иммиграционный статус или Номер социального страхования (SSN) тех членов семьи, которые не нуждаются в медицинском страховании. Мы обязуемся сохранять конфиденциальность предоставленной вами информации в соответствии с требованиями законодательства. Ваши персональные данные будут использованы исключительно для оценки того, имеете ли вы право на медицинское страхование. Нам необходима информация об одном совершеннолетнем члене вашей семьи, который будет выступать в качестве контактного лица по вашему заявлению.

Основное контактное лицо

1. Имя, второе имя, фамилия и суффикс имени

2. Домашний адрес (ничего не указывайте, если вам неизвестна эта информация).

3. Номер квартиры или комнаты

4. Город

5. Штат

6. Почтовый индекс

7. Округ

8. Адрес для почтовых отправок (если он отличается от домашнего адреса)

9. Номер квартиры или комнаты

10. Город

11. Штат

12. Почтовый индекс

13. Округ

14. Номер телефона

15. Дополнительный номер телефона

16. Вы хотите получить информацию по данному заявлению по электронной почте? ☐ Да ☐ Нет

Адрес электронной почты: _____

17. На каком языке вы предпочитаете получать информацию в устном или письменном виде (если это не английский язык)? _____

Оказывает ли вам помощь другое лицо при составлении этого заявления?

Укажите информацию в следующем разделе, если вы заполняете эту форму от имени заявителя.

1. Дата начала составления заявления

2. Имя, второе имя, фамилия и суффикс имени

3. Название организации (если применимо)

4. Номер документа, удостоверяющего личность (если применимо)



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните нам по телефону **1-888-549-0820**.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру **1-888-549-0820** и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру **1-888-842-3620**.

РАЗДЕЛ 1: ЛИЦО 1

Укажите информацию о членах своей семьи в Разделе 1.
Сначала укажите информацию о себе.

В Разделе 1 укажите информацию о себе, своем(-ей) супруге/партнере, о детях, которые проживают с вами и/или лицах, информация о которых была указана вами в декларации по федеральному подоходному налогу (если таковая была подана). Дополнительная информация о лицах, о которых нужно упомянуть, приведена в инструкции. Если вы не хотите подавать налоговую декларацию, не забудьте указать информацию о членах семьи, которые проживают с вами.

1. Имя, второе имя, фамилия и суффикс имени

2. Кем приходится Лицу 1?

Я

3. Дата рождения (месяц/день/год)

4. Пол:

☐ Мужской
☐ Женский

5. Номер социального страхования (SSN)

а. Если номер SSN отсутствует, подавал ли этот человек заявление на получение этого номера?
☐ Да ☐ Нет Если «Нет», укажите причину в пункте 15.

Эта информация потребуется нам в случае, если вы обратитесь за медицинским страхованием или получением номера SSN. Указав свой номер SSN, вы ускорите процесс рассмотрения своего заявления в случае, если вам не требуется медицинское страхование. Мы используем номера SSN, чтобы проверить информацию о доходе и прочие данные и выяснить, кто может претендовать на помощь в связи с покрытием расходов на медицинское страхование. Если вам требуется помощь в получении номера SSN, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите веб-сайт [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

6. Планируете ли вы подавать декларацию по федеральному подоходному налогу в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?

(у вас есть право претендовать на медицинское страхование, даже если вы не подаете декларацию по федеральному подоходному налогу)

☐ ДА. Если «Да», пожалуйста, ответьте на вопросы а-с.

☐ НЕТ. Если «Нет», ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу с.

а. Вы планируете подавать декларацию совместно с супругом(-ой)? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», укажите Ф.И.О. супруга(-и): _____

б. Намерены ли вы указать иждивенцев в налоговой декларации? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», укажите иждивенцев: _____

с. Указаны ли вы в качестве иждивенца в налоговой декларации другого лица? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», пожалуйста, укажите данные лица, подающего декларацию: _____

Кем указанное лицо приходится лицу, подающему декларацию? _____

7. Вы беременны или недавно были беременной? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», а. Сколько детей должно родиться? _____ б. Ожидаемая дата родов? _____

с. Если недавно вы были беременны, укажите дату окончания беременности: _____

д. Были ли вы включены в программу Medicaid в последний день беременности? ☐ Да ☐ Нет

8. Нуждаетесь ли вы в медицинском страховании? (Даже если сейчас вы застрахованы, есть шанс, что вы можете претендовать на участие в другой программе с более эффективным покрытием или меньшими затратами)

☐ ДА. Если «Да», ответьте на следующие вопросы.

☐ НЕТ. Если «Нет», ПЕРЕЙДИТЕ к вопросам, касающимся дохода. Не заполняйте остальные пункты на этой странице.

9. Испытываете ли вы проблемы в связи с физическим, психическим или эмоциональным состоянием, которые ограничивают вашу активность? ☐ Да ☐ Нет

10. Требуется ли вам проживание в медицинском учреждении или центре сестринского ухода? Требуется ли вам услуги сиделки на дому? ☐ Да ☐ Нет

11. Диагностировали ли вам нижеуказанные заболевания? Проходили ли вы лечение в связи с ними?

• Рак груди • Рак шейки матки • Атипичная гиперплазия молочной железы • Предраковые заболевания шейки матки (CIN 2/3)

☐ Да ☐ Нет

12. Рассчитываете ли вы на выгоды в рамках Программы планирования семьи?

☐ Да ☐ Нет

Планирование семьи - программа ограниченной помощи, которая предусматривает оказание услуг по планированию семьи, предоставление связанного с этим обслуживания и проведение ряда профилактических обследований ограниченного объема. Программа планирования семьи не предусматривает полноценного страхового покрытия Medicaid. Если этот вопрос будет оставлен без ответа, мы не будем оценивать, имеете ли вы право на участие в Программе планирования семьи.

13. а. Вы гражданин США? (Лицо, родившееся в США; от гражданина США; или лицо, являющееся иностранцем, которое прошло натурализацию и приобрело статус гражданина США)

☐ Да ☐ Нет

б. Вы являетесь подданным США? (Лицо родившееся на неинкорпорированной территории США и являющееся подданным, но не гражданином США)

☐ Да ☐ Нет

14. Если вы не являетесь гражданином или подданным США, имеете ли вы удовлетворяющий критериям статус иммигранта?

☐ Да ☐ Нет

Если «ДА», укажите тип и номер документа, удостоверяющего личность указанного лица.

а. Тип иммиграционного документа: _____

б. Номер документа: _____

с. Вы проживаете в США с 1996 года? ☐ Да ☐ Нет

д. Являетесь ли вы, ваш супруг(-а), мать/отец ветераном или военнослужащим, проходящим действительную службу в армии США? ☐ Да ☐ Нет

15. Если вы не подавали заявления на получение Номера социального страхования, укажите причину

☐ Номер присвоен исключительно по причинам, не связанным с работой

☐ Номер SSN не был присвоен по религиозным соображениям

☐ Лицо не может претендовать на получение номера SSN

☐ Новорожденный, мать, которая в настоящее время получает помощь по программе Medicaid

☐ Новорожденный, мать, которая НЕ получает помощь по программе Medicaid

16. Желаете ли вы получить помощь в оплате счетов за медицинское обслуживание, выставленных за последние 3 месяца?

☐ Да ☐ Нет

а. Если «ДА», оставался ли состав вашей семьи таким же как сейчас на протяжении последних 3 месяцев?

☐ Да ☐ Нет

б. Если «ДА», получала ли ваша семья такой же доход как сейчас на протяжении последних 3 месяцев?

☐ Да ☐ Нет

Если «НЕТ», укажите совокупный ежемесячный доход за:

Последний месяц: дол. США _____

Последние 2 месяца: дол. США _____

Последние 3 месяца: дол. США _____

17. Проживаете ли вы, по крайней мере, с одним ребенком младше 19 лет и являетесь ли вы основным лицом, осуществляющим уход за этим ребенком? ☐ Да ☐ Нет

18. Являетесь ли вы студентом очной формы обучения? ☐ Да ☐ Нет

19. Находились ли вы на патронатном воспитании на территории штата Южная Каролина в возрасте 18 лет или старше? ☐ Да ☐ Нет

20. Проживаете ли вы в приемной семье? ☐ Да ☐ Нет

21. Проживаете ли вы в интернате, деятельность которого регулируется Департаментом ювенальной юстиции (DJJJ)? ☐ Да ☐ Нет

Теперь укажите информацию о доходе на следующей странице. ➔

ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

РАЗДЕЛ 1: ЛИЦО 1 (Здесь также начните с информации о себе)

22. Если у лица испаноязычное/латиноамериканское этническое происхождение (ПО ЖЕЛАНИЮ)

- ☐ Мексиканец/мексиканка ☐ Чикано/чикана
☐ Пуэрториканец/пуэрториканка ☐ Кубинец/кубинка ☐ Другое: _____

23. Раса (ПО ЖЕЛАНИЮ отметьте все подходящие варианты)

- ☐ Белый ☐ Коренной гаваец/коренная гавайка ☐ Филиппинец/филиппинка
☐ Кореец/корейка ☐ Черный/афроамериканец ☐ Китаец/китайка ☐ Японец/японка
☐ Вьетнамец/вьетнамка ☐ Индеец/индианка ☐ Другой тип азиатской расы
☐ Самоанец/самоанка ☐ Американский индеец или коренной житель Аляски
☐ Уроженец/уроженка острова Гуам или чаморро
☐ Другой уроженец/уроженка островов Тихого океана ☐ Другое: _____

Информация об актуальном месте работы и доходе

- ☐ **Работа по найму**
Если вы работаете в настоящее время, укажите информацию о своем доходе. Начните с вопроса 24.
- ☐ **Безработный**
ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 36.
- ☐ **Индивидуальный предприниматель**
ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 35.

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТО РАБОТЫ 1:

24. Данные и адрес работодателя _____ 25. Номер телефона работодателя _____

26. Зарботная плата/чаевые (до вычета налогов) ☐ Почасовая ставка ☐ Недельная ставка ☐ Ставка за 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Месячная ставка ☐ Годовая ставка

дол. США _____ 27. Среднее количество рабочих часов в неделю _____ 28. Дата трудоустройства _____

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТО РАБОТЫ 2:

(если вы работаете в нескольких местах, и вам требуется больше места, чтобы указать соответствующую информацию, используйте дополнительный лист)

29. Данные и адрес работодателя _____ 30. Номер телефона работодателя _____

31. Зарботная плата/чаевые (до вычета налогов) ☐ Почасовая ставка ☐ Недельная ставка ☐ Ставка за 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Месячная ставка ☐ Годовая ставка

дол. США _____ 32. Среднее количество рабочих часов в неделю _____ 33. Дата трудоустройства _____

34. В прошлом году вы: ☐ Сменили работу ☐ Ушли с работы ☐ Начали работать меньше ☐ Ни один из указанных вариантов

35. Если вы являетесь индивидуальным предпринимателем, укажите следующую информацию:

- a. Тип деятельности _____ b. Какова сумма чистого дохода (прибыль после оплаты расходов, связанных с предпринимательской деятельностью), которую вы получите в этом месяце в связи с предпринимательской деятельностью? _____

дол. США _____

36. ДРУГИЕ ВИДЫ ДОХОДА, ПОЛУЧЕННОГО В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и периодичность выплат.

ПРИМЕЧАНИЕ: Вы не нужно указывать пособие на ребенка, пенсию ветерана или суммы, полученные по программе «Дополнительный доход по социальному обеспечению» (SSI).

- | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|--|----------------|---------------------|
| ☐ Отсутствует | | | | | |
| ☐ Пособие по безработице | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от фермерской деятельности/рыболовства: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Пенсия | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от сдачи имущества в аренду/лицензионных платежей: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Социальное страхование | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Другой вид дохода: | | |
| ☐ Пенсионные счета | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Тип: _____ | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Алименты | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Тип: _____ | дол. США _____ | Периодичность _____ |

37. **ОТЧИСЛЕНИЯ:** Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и периодичность выплат.

Если ЛИЦО 1 оплачивает определенные расходы, которые могут быть списаны на основании декларации по федеральному подоходному налогу, укажите эту информацию, поскольку это может сократить затраты на медицинское страхование.

ПРИМЕЧАНИЕ: Не нужно указывать расходы, которые уже были учтены вами при ответе на вопрос относительно чистого дохода от предпринимательства.

- | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|---|----------------|---------------------|
| ☐ Выплата алиментов | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от фермерской деятельности/рыболовства: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Процент по кредиту на обучение | дол. США _____ | Периодичность _____ | | Тип: _____ | |

38. ГОДОВОЙ ДОХОД:

Этот раздел заполняется, только если сумма ежемесячного дохода, получаемого ЛИЦОМ 1, не является фиксированной.

Если изменение суммы ежемесячного дохода ЛИЦА 1 не предвидится, укажите информацию о другом лице на следующих страницах.

Совокупный доход ЛИЦА 1 за этот год _____

Совокупный доход ЛИЦА 1 в следующем году (если вы считаете, что эта сумма изменится) _____

дол. США _____ дол. США _____

БЛАГОДАРИМ! Это вся информация о вас, которая нам необходима. ➡



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

РАЗДЕЛ 1: ЛИЦО 2

В Разделе 1 укажите информацию о своем(-ей) супруге/партнере, о детях, которые проживают с вами и/или лицах, информация о которых была указана вами в декларации по федеральному подоходному налогу (если таковая была подана). Дополнительная информация о лицах, о которых нужно упомянуть, приведена в инструкции. Если вы не хотите подавать налоговую декларацию, не забудьте указать информацию о членах семьи, которые проживают с вами.

1. Имя, второе имя, фамилия и суффикс имени

2. Кем приходится вам?

3. Дата рождения (месяц/день/год) 4. Пол: ☐ Мужской ☐ Женский

6. Проживает ли ЛИЦО 2 по тому же адресу, где проживаете вы? ☐ Да ☐ Нет

5. Номер социального страхования (SSN)

Эта информация потребуется нам в случае, если ЛИЦО 2 обратится за медицинским страхованием или получением номера SSN.

а. Если у вас нет номера SSN, подавали ли вы заявление на его получение?

☐ Да ☐ Нет

Если «Нет», укажите причину в пункте 16.

Если «Нет», укажите адрес:

7. Планирует ли Лицо 2 подавать декларацию по федеральному подоходному налогу в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?

(у вас есть право претендовать на медицинское страхование, даже если вы не подаете декларацию по федеральному подоходному налогу)

☐ ДА. Если «Да», пожалуйста, ответьте на вопросы а-с.

☐ НЕТ. Если «Нет», ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу с.

а. Планирует ли Лицо 2 подавать декларацию совместно с супругом(-ой)? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», укажите Ф.И.О. супруга(-и):

б. Намерено ли Лицо 2 указать иждивенцев в налоговой декларации? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», укажите иждивенцев:

с. Указано ли Лицо 2 в качестве иждивенца в налоговой декларации другого лица? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», пожалуйста, укажите данные лица, подающего декларацию:

Кем указанное лицо приходится лицу, подающему декларацию?

8. Вы беременны или недавно были беременной? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», а. Сколько детей должно родиться? б. Ожидаемая дата родов?

с. Если недавно вы были беременны, укажите дату окончания беременности:

д. Были ли вы включены в программу Medicaid в последний день беременности? ☐ Да ☐ Нет

9. Нуждается ли Лицо 2 в медицинском страховании? (Даже если сейчас вы застрахованы, есть шанс, что вы можете претендовать на участие в другой программе с более эффективным покрытием или меньшими затратами)

☐ ДА. Если «Да», ответьте на следующие вопросы.

☐ НЕТ. Если «Нет», ПЕРЕЙДИТЕ к вопросам, касающимся дохода. Не заполняйте остальные пункты на этой странице.

10. Испытываете ли вы проблемы в связи с физическим, психическим или эмоциональным состоянием, которые ограничивают вашу активность? ☐ Да ☐ Нет

11. Требуется ли вам проживание в медицинском учреждении или центре сестринского ухода? Требуется ли вам услуги сиделки на дому? ☐ Да ☐ Нет

12. Диагностировали ли вам нижеуказанные заболевания? Проходили ли вы лечение в связи с ними? ☐ Да ☐ Нет

• Рак груди • Рак шейки матки • Атипичная гиперплазия молочной железы • Предраковые заболевания шейки матки (CIN 2/3)

13. Рассчитывает ли ЛИЦО 2 на выгоды в рамках Программы планирования семьи? ☐ Да ☐ Нет

Планирование семьи - программа ограниченной помощи, которая предусматривает оказание услуг по планированию семьи, предоставление связанного с этим обслуживания и проведение ряда профилактических обследований ограниченного объема. Программа планирования семьи не предусматривает полноценного страхового покрытия Medicaid. Если этот вопрос будет оставлен без ответа, мы не будем оценивать, имеете ли вы право на участие в Программе планирования семьи.

14. а. Является ли ЛИЦО 2 гражданином США? (Лицо, родившееся в США; от гражданина США; или лицо, являющееся иностранцем, которое прошло натурализацию и приобрело статус гражданина США) ☐ Да ☐ Нет

б. Является ли ЛИЦО 2 подданным США? (Лицо родившееся на неинкорпорированной территории США и являющееся подданным, но не гражданином США) ☐ Да ☐ Нет

15. Является ли ЛИЦО 2 не является гражданином или подданным США, имеет ли это лицо удовлетворяющий критериям статус иммигранта? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», укажите тип и номер документа, удостоверяющего личность ЛИЦА 2.

а. Тип иммиграционного документа:

б. Номер документа:

с. Проживает ли ЛИЦО 2 в США с 1996 года? ☐ Да ☐ Нет

д. Является ли ЛИЦО 2, его/ее супруг(-а), мать/отец ветераном или военнослужащим, проходящим действительную службу в армии США? ☐ Да ☐ Нет

16. Если вы не подавали заявления на получение Номера социального страхования, укажите причину

☐ Номер присвоен исключительно по причинам, не связанным с работой

☐ Номер SSN не был присвоен по религиозным соображениям

☐ Лицо не может претендовать на получение номера SSN

☐ Новорожденный, мать, которая в настоящее время получает помощь по программе Medicaid

☐ Новорожденный, мать, которая НЕ получает помощь по программе Medicaid

17. Желает ли ЛИЦО 2 получить помощь в оплате счетов за медицинское обслуживание, выставленных за последние 3 месяца? ☐ Да ☐ Нет

а. Если «Да», оставался ли состав семьи указанного лица таким же как сейчас на протяжении последних 3 месяцев? ☐ Да ☐ Нет

б. Получала ли семья указанного лица такой же доход как сейчас на протяжении последних 3 месяцев? ☐ Да ☐ Нет

Если «НЕТ», укажите совокупный ежемесячный доход за:

Последний месяц: дол. США _____ Последние 2 месяца: дол. США _____ Последние 3 месяца: дол. США _____

18. Проживает ли ЛИЦО 2, по крайней мере, с одним ребенком младше 19 лет и является ли этот человек основным лицом, осуществляющим уход за этим ребенком? ☐ Да ☐ Нет

19. Является ли ЛИЦО 2 студентом очной формы обучения? ☐ Да ☐ Нет

20. Находилась ли ЛИЦО 2 на патронатном воспитании на территории штата Южная Каролина в возрасте 18 лет или более старшем возрасте? ☐ Да ☐ Нет

21. Проживает ли ЛИЦО 2 в приемной семье? ☐ Да ☐ Нет

22. Проживает ли ЛИЦО 2 в интернате, деятельность которого регулируется Департаментом ювенальной юстиции (DJJJ)? ☐ Да ☐ Нет

Теперь укажите информацию о доходе ЛИЦА 2 на следующей странице. ➔



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

РАЗДЕЛ 1: ЛИЦО 2

23. Если у лица испаноязычное/латиноамериканское этническое происхождение (ПО ЖЕЛАНИЮ)

- ☐ Мексиканец/мексиканка ☐ Мексикано-американец/мексикано-американка ☐ Чикано/чикана
☐ Пуэрториканец/пуэрториканка ☐ Кубинец/кубинка ☐ Другое: _____

24. Раса (ПО ЖЕЛАНИЮ отметьте все подходящие варианты)

- ☐ Белый ☐ Коренной гаваец/коренная гавайка ☐ Филиппинец/филиппинка
☐ Кореец/корейка ☐ Черный/афроамериканец ☐ Китаец/китайка ☐ Японец/японка
☐ Вьетнамец/вьетнамка ☐ Индеец/индианка ☐ Другой тип азиатской расы
☐ Самоанец/самоанка ☐ Американский индеец или коренной житель Аляски
☐ Уроженец/уроженка острова Гуам или чаморро
☐ Другой уроженец/уроженка островов Тихого океана ☐ Другое: _____

Информация об актуальном месте работы и доходе

- ☐ **Работа по найму** Если вы работаете в настоящее время, укажите информацию о своем доходе. Начните с вопроса 25. ☐ **Безработный** ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 37. ☐ **Индивидуальный предприниматель** ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 36.

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТО РАБОТЫ 1:

25. Данные и адрес работодателя _____ 26. Номер телефона работодателя _____

27. Заработная плата/чаевые (до вычета налогов) ☐ Почасовая ставка ☐ Недельная ставка ☐ Ставка за 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Месячная ставка ☐ Годовая ставка

дол. США _____ 28. Среднее количество рабочих часов в неделю _____ 29. Дата трудоустройства _____

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТО РАБОТЫ 2:

(если вы работаете в нескольких местах, и вам требуется больше места, чтобы указать соответствующую информацию, используйте дополнительный лист)

30. Данные и адрес работодателя _____ 31. Номер телефона работодателя _____

32. Заработная плата/чаевые (до вычета налогов) ☐ Почасовая ставка ☐ Недельная ставка ☐ Ставка за 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Месячная ставка ☐ Годовая ставка

дол. США _____ 33. Среднее количество рабочих часов в неделю _____ 34. Дата трудоустройства _____

35. В прошлом году вы: ☐ Сменили работу ☐ Ушли с работы ☐ Начали работать меньше ☐ Ни один из указанных вариантов

36. Если вы являетесь индивидуальным предпринимателем, укажите следующую информацию:

- а. Тип деятельности _____ б. Какова сумма чистого дохода (прибыль после оплаты расходов, связанных с предпринимательской деятельностью), которую вы получите в этом месяце в связи с предпринимательской деятельностью? _____

дол. США _____

37. ДРУГИЕ ВИДЫ ДОХОДА, ПОЛУЧЕННОГО В ЭТОМ МЕСЯЦЕ: Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и периодичность выплат.

ПРИМЕЧАНИЕ: Вы не нужно указывать пособие на ребенка, пенсию ветерана или суммы, полученные по программе «Дополнительный доход по социальному обеспечению» (SSI).

- | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|--|----------------|---------------------|
| ☐ Отсутствует | | | | | |
| ☐ Пособие по безработице | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от фермерской деятельности/рыболовства: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Пенсия | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от сдачи имущества в аренду/лицензионных платежей: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Социальное страхование | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Другой вид дохода: | | |
| ☐ Пенсионные счета | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Тип: _____ | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Алименты | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Тип: _____ | дол. США _____ | Периодичность _____ |

38. ОТЧИСЛЕНИЯ: Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и периодичность выплат.

Если ЛИЦО 2 оплачивает определенные расходы, которые могут быть списаны на основании декларации по федеральному подоходному налогу, укажите эту информацию, поскольку это может сократить затраты на медицинское страхование.

ПРИМЕЧАНИЕ: Не нужно указывать расходы, которые уже были учтены вами при ответе на вопрос относительно чистого дохода от предпринимательства.

- | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|---|----------------|---------------------|
| ☐ Выплата алиментов | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от фермерской деятельности/рыболовства: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Процент по кредиту на обучение | дол. США _____ | Периодичность _____ | | Тип: _____ | |

39. ГОДОВОЙ ДОХОД:

Этот раздел заполняется, только если сумма ежемесячного дохода, получаемого ЛИЦОМ 2, не является фиксированной.

Если изменение суммы ежемесячного дохода ЛИЦА 2 не предвидится, укажите информацию о другом лице на следующих страницах.

Совокупный доход ЛИЦА 2 за этот год _____

Совокупный доход ЛИЦА 2 в следующем году (если вы считаете, что эта сумма изменится) _____

дол. США _____ дол. США _____



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните нам по телефону **1-888-549-0820**.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру **1-888-549-0820** и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру **1-888-842-3620**.

РАЗДЕЛ 1: ЛИЦО 3

В Разделе 1 укажите информацию о своем(-ей) супруге/партнере, о детях, которые проживают с вами и/или лицах, информация о которых была указана вами в декларации по федеральному подоходному налогу (если таковая была подана). Дополнительная информация о лицах, о которых нужно упомянуть, приведена в инструкции. Если вы не хотите подавать налоговую декларацию, не забудьте указать информацию о членах семьи, которые проживают с вами.

1. Имя, второе имя, фамилия и суффикс имени

2. Кем приходится вам?

3. Дата рождения (месяц/день/год) 4. Пол: ☐ Мужской ☐ Женский

6. Проживает ли ЛИЦО 3 по тому же адресу, где проживаете вы? ☐ Да ☐ Нет

5. Номер социального страхования (SSN)

Эта информация потребуется нам в случае, если ЛИЦО 3 обратится за медицинским страхованием или получением номера SSN.

а. Если у вас нет номера SSN, подавали ли вы заявление на его получение?

☐ Да ☐ Нет

Если «Нет», укажите причину в пункте 16.

Если «Нет», укажите адрес: _____

7. Планирует ли Лицо 3 подавать декларацию по федеральному подоходному налогу в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?

(у вас есть право претендовать на медицинское страхование, даже если вы не подаете декларацию по федеральному подоходному налогу)

☐ ДА. Если «Да», пожалуйста, ответьте на вопросы а–с.

☐ НЕТ. Если «Нет», ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу с.

а. Планирует ли Лицо 3 подавать декларацию совместно с супругом(-ой)? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», укажите Ф.И.О. супруга(-и): _____

б. Намерено ли Лицо 3 указать иждивенцев в налоговой декларации? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», укажите иждивенцев: _____

с. Указано ли Лицо 3 в качестве иждивенца в налоговой декларации другого лица? ☐ Да ☐ Нет

Кем указанное лицо приходится лицу, подающему декларацию? _____

Если «Да», пожалуйста, укажите данные лица, подающего декларацию: _____

8. Вы беременны или недавно были беременной? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», а. Сколько детей должно родиться? _____ б. Ожидаемая дата родов? _____

с. Если недавно вы были беременны, укажите дату окончания беременности: _____

д. Были ли вы включены в программу Medicaid в последний день беременности? ☐ Да ☐ Нет

9. **Нуждается ли Лицо 3 в медицинском страховании?** (Даже если сейчас вы застрахованы, есть шанс, что вы можете претендовать на участие в другой программе с более эффективным покрытием или меньшими затратами)

☐ ДА. Если «Да», ответьте на следующие вопросы.

☐ НЕТ. Если «Нет», ПЕРЕЙДИТЕ к вопросам, касающимся дохода. Не заполняйте остальные пункты на этой странице.

10. Испытываете ли вы проблемы в связи с физическим, психическим или эмоциональным состоянием, которые ограничивают вашу активность? ☐ Да ☐ Нет

11. Требуется ли вам проживание в медицинском учреждении или центре сестринского ухода? Требуется ли вам услуги сиделки на дому? ☐ Да ☐ Нет

12. Диагностировали ли вам нижеуказанные заболевания? Проходили ли вы лечение в связи с ними? ☐ Да ☐ Нет

• Рак груди • Рак шейки матки • Атипичная гиперплазия молочной железы • Предраковые заболевания шейки матки (CIN 2/3)

13. Рассчитывает ли ЛИЦО 3 на выгоды в рамках Программы планирования семьи? ☐ Да ☐ Нет

Планирование семьи - программа ограниченной помощи, которая предусматривает оказание услуг по планированию семьи, предоставление связанного с этим обслуживания и проведение ряда профилактических обследований ограниченного объема. Программа планирования семьи не предусматривает полноценного страхового покрытия Medicaid. Если этот вопрос будет оставлен без ответа, мы не будем оценивать, имеете ли вы право на участие в Программе планирования семьи.

14. а. Является ли ЛИЦО 3 гражданином США? (Лицо, родившееся в США; от гражданина США; или лицо, являющееся иностранцем, которое прошло натурализацию и приобрело статус гражданина США) ☐ Да ☐ Нет

б. Является ли ЛИЦО 3 подданным США? (Лицо, родившееся на неинкорпорированной территории США и являющееся подданным, но не гражданином США) ☐ Да ☐ Нет

15. **Если ЛИЦО 3 не является гражданином или подданным США, имеет ли это лицо удовлетворяющий критериям статус иммигранта?** ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», укажите тип и номер документа, удостоверяющего личность ЛИЦА 3.

а. Тип иммиграционного документа: _____ б. Номер документа: _____

с. Проживает ли ЛИЦО 3 в США с 1996 года? ☐ Да ☐ Нет

д. Является ли ЛИЦО 3, его/ее супруг(-а), мать/отец ветераном или военнослужащим, проходящим действительную службу в армии США? ☐ Да ☐ Нет

16. Если вы не подавали заявления на получение Номера социального страхования, укажите причину

☐ Номер присвоен исключительно по причинам, не связанным с работой

☐ Номер SSN не был присвоен по религиозным соображениям

☐ Лицо не может претендовать на получение номера SSN

☐ Новорожденный, мать, которая в настоящее время получает помощь по программе Medicaid

☐ Новорожденный, мать, которая НЕ получает помощь по программе Medicaid

17. Желает ли ЛИЦО 3 получить помощь в оплате счетов за медицинское обслуживание, выставленных за последние 3 месяца? ☐ Да ☐ Нет

а. Если «Да», оставался ли состав семьи указанного лица таким же как сейчас на протяжении последних 3 месяцев? ☐ Да ☐ Нет

б. Получала ли семья указанного лица такой же доход как сейчас на протяжении последних 3 месяцев? ☐ Да ☐ Нет

Если «НЕТ», укажите совокупный ежемесячный доход за:

Последний месяц: дол. США _____ Последние 2 месяца: дол. США _____ Последние 3 месяца: дол. США _____

18. Проживает ли ЛИЦО 3, по крайней мере, с одним ребенком младше 19 лет и является ли этот человек основным лицом, осуществляющим уход за этим ребенком? ☐ Да ☐ Нет

19. Является ли ЛИЦО 3 студентом очной формы обучения? ☐ Да ☐ Нет

20. Находилась ли ЛИЦО 3 на патронатном воспитании на территории штата Южная Каролина в возрасте 18 лет или более старшем возрасте? ☐ Да ☐ Нет

21. Проживает ли ЛИЦО 3 в приемной семье? ☐ Да ☐ Нет

22. Проживает ли ЛИЦО 3 в интернате, деятельность которого регулируется Департаментом ювенальной юстиции (DJJJ)? ☐ Да ☐ Нет

Теперь укажите информацию о доходе ЛИЦА 3 на следующей странице. ➔



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

РАЗДЕЛ 1: ЛИЦО 3

23. Если у лица испаноязычное/латиноамериканское этническое происхождение (ПО ЖЕЛАНИЮ)

- ☐ Мексиканец/мексиканка ☐ Мексикано-американец/мексикано-американка ☐ Чикано/чикана
☐ Пуэрториканец/пуэрториканка ☐ Кубинец/кубинка ☐ Другое: _____

24. Раса (ПО ЖЕЛАНИЮ отметьте все подходящие варианты)

- ☐ Белый ☐ Коренной гаваец/коренная гавайка ☐ Филиппинец/филиппинка
☐ Кореец/корейка ☐ Черный/афроамериканец ☐ Китаец/китайка ☐ Японец/японка
☐ Вьетнамец/вьетнамка ☐ Индеец/индианка ☐ Другой тип азиатской расы
☐ Самоанец/самоанка ☐ Американский индеец или коренной житель Аляски
☐ Уроженец/уроженка острова Гуам или чаморро
☐ Другой уроженец/уроженка островов Тихого океана ☐ Другое: _____

Информация об актуальном месте работы и доходе

☐ Работа по найму

Если вы работаете в настоящее время, укажите информацию о своем доходе. Начните с вопроса 25.

☐ Безработный

ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 37.

☐ Индивидуальный предприниматель

ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 36.

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТО РАБОТЫ 1:

25. Данные и адрес работодателя _____

26. Номер телефона работодателя _____

27. Заработная плата/чаевые
(до вычета налогов)

- ☐ Почасовая ставка ☐ Недельная ставка ☐ Ставка за 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Месячная ставка ☐ Годовая ставка

дол. США _____

28. Среднее количество рабочих часов в неделю _____

29. Дата трудоустройства _____

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТО РАБОТЫ 2:

(если вы работаете в нескольких местах, и вам требуется больше места, чтобы указать соответствующую информацию, используйте дополнительный лист)

30. Данные и адрес работодателя _____

31. Номер телефона работодателя _____

32. Заработная плата/чаевые
(до вычета налогов)

- ☐ Почасовая ставка ☐ Недельная ставка ☐ Ставка за 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Месячная ставка ☐ Годовая ставка

дол. США _____

33. Среднее количество рабочих часов в неделю _____

34. Дата трудоустройства _____

35. В прошлом году вы:

- ☐ Сменили работу ☐ Ушли с работы ☐ Начали работать меньше ☐ Ни один из указанных вариантов

36. Если вы являетесь индивидуальным предпринимателем, укажите следующую информацию:

а. Тип деятельности _____

б. Какова сумма чистого дохода (прибыль после оплаты расходов, связанных с предпринимательской деятельностью), которую вы получите в этом месяце в связи с предпринимательской деятельностью? _____

дол. США _____

37. **ДРУГИЕ ВИДЫ ДОХОДА, ПОЛУЧЕННОГО В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:** Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и периодичность выплат.

ПРИМЕЧАНИЕ: Вы не нужно указывать пособие на ребенка, пенсию ветерана или суммы, полученные по программе «Дополнительный доход по социальному обеспечению» (SSI).

- | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|--|----------------|---------------------|
| ☐ Отсутствует | | | | | |
| ☐ Пособие по безработице | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от фермерской деятельности/рыболовства: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Пенсия | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от сдачи имущества в аренду/лицензионных платежей: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Социальное страхование | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Другой вид дохода: | | |
| ☐ Пенсионные счета | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Тип: _____ | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Алименты | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Тип: _____ | дол. США _____ | Периодичность _____ |

38. **ОТЧИСЛЕНИЯ:** Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и периодичность выплат.

Если ЛИЦО 3 оплачивает определенные расходы, которые могут быть списаны на основании декларации по федеральному подоходному налогу, укажите эту информацию, поскольку это может сократить затраты на медицинское страхование.

ПРИМЕЧАНИЕ: Не нужно указывать расходы, которые уже были учтены вами при ответе на вопрос относительно чистого дохода от предпринимательства.

- | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|---|----------------|---------------------|
| ☐ Выплата алиментов | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от фермерской деятельности/рыболовства: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Процент по кредиту на обучение | дол. США _____ | Периодичность _____ | | | Тип: _____ |

39. ГОДОВОЙ ДОХОД:

Этот раздел заполняется, только если сумма ежемесячного дохода, получаемого ЛИЦОМ 4, не является фиксированной.

Если изменение суммы ежемесячного дохода ЛИЦА 3 не предвидится, укажите информацию о другом лице на следующих страницах.

Совокупный доход ЛИЦА 3 за этот год _____

Совокупный доход ЛИЦА 3 в следующем году (если вы считаете, что эта сумма изменится) _____

дол. США _____

дол. США _____



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

РАЗДЕЛ 1: ЛИЦО 4

В Разделе 1 укажите информацию о своем(-ей) супруге/партнере, о детях, которые проживают с вами и/или лицах, информация о которых была указана вами в декларации по федеральному подоходному налогу (если таковая была подана). Дополнительная информация о лицах, о которых нужно упомянуть, приведена в инструкции. Если вы не хотите подавать налоговую декларацию, не забудьте указать информацию о членах семьи, которые проживают с вами.

1. Имя, второе имя, фамилия и суффикс имени

2. Кем приходится вам?

3. Дата рождения (месяц/день/год) 4. Пол: ☐ Мужской ☐ Женский

6. Проживает ли ЛИЦО 4 по тому же адресу, где проживаете вы? ☐ Да ☐ Нет

5. Номер социального страхования (SSN)

Эта информация потребуется нам в случае, если ЛИЦО 4 обратится за медицинским страхованием или получением номера SSN.

а. Если у вас нет номера SSN, подавали ли вы заявление на его получение?

☐ Да ☐ Нет

Если «Нет», укажите причину в пункте 16.

Если «Нет», укажите адрес:

7. Планирует ли Лицо 4 подавать декларацию по федеральному подоходному налогу в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?

(у вас есть право претендовать на медицинское страхование, даже если вы не подаете декларацию по федеральному подоходному налогу)

☐ ДА. Если «Да», пожалуйста, ответьте на вопросы а–с.

☐ НЕТ. Если «Нет», ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу с.

а. Планирует ли Лицо 4 подавать декларацию совместно с супругом(-ой)? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», укажите Ф.И.О. супруга(-и):

б. Намерено ли Лицо 4 указать иждивенцев в налоговой декларации? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», укажите иждивенцев:

с. Указано ли Лицо 4 в качестве иждивенца в налоговой декларации другого лица? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», пожалуйста, укажите данные лица, подающего декларацию:

Кем указанное лицо приходится лицу, подающему декларацию?

8. Вы беременны или недавно были беременной? ☐ Да ☐ Нет Если «Да», а. Сколько детей должно родиться? б. Ожидаемая дата родов?

с. Если недавно вы были беременны, укажите дату окончания беременности:

д. Были ли вы включены в программу Medicaid в последний день беременности? ☐ Да ☐ Нет

9. Нуждается ли Лицо 4 в медицинском страховании? (Даже если сейчас вы застрахованы, есть шанс, что вы можете претендовать на участие в другой программе с более эффективным покрытием или меньшими затратами)

☐ ДА. Если «Да», ответьте на следующие вопросы.

☐ НЕТ. Если «Нет», ПЕРЕЙДИТЕ к вопросам, касающимся дохода. Не заполняйте остальные пункты на этой странице.

10. Испытываете ли вы проблемы в связи с физическим, психическим или эмоциональным состоянием, которые ограничивают вашу активность? ☐ Да ☐ Нет

11. Требуется ли вам проживание в медицинском учреждении или центре сестринского ухода? Требуется ли вам услуги сиделки на дому? ☐ Да ☐ Нет

12. Диагностировали ли вам нижеуказанные заболевания? Проходили ли вы лечение в связи с ними? ☐ Да ☐ Нет

• Рак груди • Рак шейки матки • Атипичная гиперплазия молочной железы • Предраковые заболевания шейки матки (CIN 2/3)

13. Рассчитывает ли ЛИЦО 4 на выгоды в рамках Программы планирования семьи? ☐ Да ☐ Нет

Планирование семьи - программа ограниченной помощи, которая предусматривает оказание услуг по планированию семьи, предоставление связанного с этим обслуживания и проведение ряда профилактических обследований ограниченного объема. Программа планирования семьи не предусматривает полноценного страхового покрытия Medicaid. Если этот вопрос будет оставлен без ответа, мы не будем оценивать, имеете ли вы право на участие в Программе планирования семьи.

14. а. Является ли ЛИЦО 4 гражданином США? (Лицо, родившееся в США; от гражданина США; или лицо, являющееся иностранцем, которое прошло натурализацию и приобрело статус гражданина США) ☐ Да ☐ Нет

б. Является ли ЛИЦО 4 подданным США? (Лицо родившееся на неинкорпорированной территории США и являющееся подданным, но не гражданином США) ☐ Да ☐ Нет

15. Если ЛИЦО 4 не является гражданином или подданным США, имеет ли это лицо удовлетворяющий критериям статус иммигранта? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», укажите тип и номер документа, удостоверяющего личность ЛИЦА 4.

а. Тип иммиграционного документа: б. Номер документа:

с. Проживает ли ЛИЦО 4 в США с 1996 года? ☐ Да ☐ Нет

д. Является ли ЛИЦО 4, его/ее супруг(-а), мать/отец ветераном или военнослужащим, проходящим действительную службу в армии США? ☐ Да ☐ Нет

16. Если вы не подавали заявления на получение Номера социального страхования, укажите причину

☐ Номер присвоен исключительно по причинам, не связанным с работой

☐ Номер SSN не был присвоен по религиозным соображениям

☐ Лицо не может претендовать на получение номера SSN

☐ Новорожденный, мать, которая в настоящее время получает помощь по программе Medicaid

☐ Новорожденный, мать, которая НЕ получает помощь по программе Medicaid

17. Желает ли ЛИЦО 4 получить помощь в оплате счетов за медицинское обслуживание, выставленных за последние 3 месяца? ☐ Да ☐ Нет

а. Если «Да», оставался ли состав семьи указанного лица таким же как сейчас на протяжении последних 3 месяцев? ☐ Да ☐ Нет

б. Получала ли семья указанного лица такой же доход как сейчас на протяжении последних 3 месяцев? ☐ Да ☐ Нет

Если «НЕТ», укажите совокупный ежемесячный доход за:

Последний месяц: дол. США Последние 2 месяца: дол. США Последние 3 месяца: дол. США

18. Проживает ли ЛИЦО 4, по крайней мере, с одним ребенком младше 19 лет и является ли этот человек основным лицом, осуществляющим уход за этим ребенком? ☐ Да ☐ Нет

19. Является ли ЛИЦО 4 студентом очной формы обучения? ☐ Да ☐ Нет

20. Находилась ли ЛИЦО 4 на патронатном воспитании на территории штата Южная Каролина в возрасте 18 лет или более старшем возрасте? ☐ Да ☐ Нет

21. Проживает ли ЛИЦО 4 в приемной семье? ☐ Да ☐ Нет

22. Проживает ли ЛИЦО 4 в интернате, деятельность которого регулируется Департаментом ювенальной юстиции (DJJJ)? ☐ Да ☐ Нет

Теперь укажите информацию о доходе ЛИЦА 4 на следующей странице.



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

РАЗДЕЛ 1: ЛИЦО 4

23. Если у лица испаноязычное/латиноамериканское этническое происхождение (ПО ЖЕЛАНИЮ)

- ☐ Мексиканец/мексиканка ☐ Мексикано-американец/мексикано-американка ☐ Чикано/чикана
☐ Пуэрториканец/пуэрториканка ☐ Кубинец/кубинка ☐ Другое: _____

24. Раса (ПО ЖЕЛАНИЮ отметьте все подходящие варианты)

- ☐ Белый ☐ Коренной гаваец/коренная гавайка ☐ Филиппинец/филиппинка
☐ Кореец/корейка ☐ Черный/афроамериканец ☐ Китаец/китайка ☐ Японец/японка
☐ Вьетнамец/вьетнамка ☐ Индеец/индианка ☐ Другой тип азиатской расы
☐ Самоанец/самоанка ☐ Американский индеец или коренной житель Аляски
☐ Уроженец/уроженка острова Гуам или чаморро
☐ Другой уроженец/уроженка островов Тихого океана ☐ Другое: _____

Информация об актуальном месте работы и доходе

☐ Работа по найму

Если вы работаете в настоящее время, укажите информацию о своем доходе. Начните с вопроса 25.

☐ Безработный

ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 37.

☐ Индивидуальный предприниматель

ПЕРЕЙДИТЕ к вопросу 36.

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТО РАБОТЫ 1:

25. Данные и адрес работодателя _____

26. Номер телефона работодателя _____

27. Заработная плата/чаевые
(до вычета налогов)

- ☐ Почасовая ставка ☐ Недельная ставка ☐ Ставка за 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Месячная ставка ☐ Годовая ставка

дол. США _____

28. Среднее количество рабочих часов в неделю _____

29. Дата трудоустройства _____

АКТУАЛЬНОЕ МЕСТО РАБОТЫ 2:

(если вы работаете в нескольких местах, и вам требуется больше места, чтобы указать соответствующую информацию, используйте дополнительный лист)

30. Данные и адрес работодателя _____

31. Номер телефона работодателя _____

32. Заработная плата/чаевые
(до вычета налогов)

- ☐ Почасовая ставка ☐ Недельная ставка ☐ Ставка за 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Месячная ставка ☐ Годовая ставка

дол. США _____

33. Среднее количество рабочих часов в неделю _____

34. Дата трудоустройства _____

35. В прошлом году вы:

- ☐ Сменили работу ☐ Ушли с работы ☐ Начали работать меньше ☐ Ни один из указанных вариантов

36. Если вы являетесь индивидуальным предпринимателем, укажите следующую информацию:

а. Тип деятельности _____

б. Какова сумма чистого дохода (прибыль после оплаты расходов, связанных с предпринимательской деятельностью), которую вы получите в этом месяце в связи с предпринимательской деятельностью? _____

дол. США _____

37. **ДРУГИЕ ВИДЫ ДОХОДА, ПОЛУЧЕННОГО В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:** Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и периодичность выплат.

ПРИМЕЧАНИЕ: Вы не нужно указывать пособие на ребенка, пенсию ветерана или суммы, полученные по программе «Дополнительный доход по социальному обеспечению» (SSI).

- | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|--|----------------|---------------------|
| ☐ Отсутствует | | | | | |
| ☐ Пособие по безработице | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от фермерской деятельности/рыболовства: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Пенсия | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от сдачи имущества в аренду/лицензионных платежей: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Социальное страхование | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Другой вид дохода: | | |
| ☐ Пенсионные счета | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Тип: _____ | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Алименты | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Тип: _____ | дол. США _____ | Периодичность _____ |

38. **ОТЧИСЛЕНИЯ:** Отметьте все подходящие варианты, укажите сумму и периодичность выплат.

Если ЛИЦО 4 оплачивает определенные расходы, которые могут быть списаны на основании декларации по федеральному подоходному налогу, укажите эту информацию, поскольку это может сократить затраты на медицинское страхование.

ПРИМЕЧАНИЕ: Не нужно указывать расходы, которые уже были учтены вами при ответе на вопрос относительно чистого дохода от предпринимательства.

- | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|---|----------------|---------------------|
| ☐ Выплата алиментов | дол. США _____ | Периодичность _____ | ☐ Чистый доход от фермерской деятельности/рыболовства: | дол. США _____ | Периодичность _____ |
| ☐ Процент по кредиту на обучение | дол. США _____ | Периодичность _____ | | | Тип: _____ |

39. ГОДОВОЙ ДОХОД:

Этот раздел заполняется, только если сумма ежемесячного дохода, получаемого ЛИЦОМ 4, не является фиксированной.

Если изменение суммы ежемесячного дохода ЛИЦА 3 не предвидится, укажите информацию о другом лице на следующих страницах.

Совокупный доход ЛИЦА 3 за этот год _____

Совокупный доход ЛИЦА 3 в следующем году (если вы считаете, что эта сумма изменится) _____

дол. США _____

дол. США _____



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

РАЗДЕЛ 2

Информация о членах семьи, являющимися американскими индейцами или коренными жителями Аляски

1. Являетесь ли вы или кто-либо из членов вашей семьи американским индейцем или коренным жителем Аляски?

☐ Если «НЕТ», переходите к Разделу 3.

☐ **ДА. Если «ДА»**, обратитесь за Приложением В к Форме 3400 SCDHHS и заполните ее (для членов семьи, являющихся американскими индейцами или коренными жителями Аляски).

РАЗДЕЛ 3

Медицинское страхование членов вашей семьи

Укажите следующую информацию обо всех лицах, которые нуждаются в медицинском страховании.

1. **Пользуется ли кто-либо следующими видами медицинского страхования?** Пожалуйста, приложите копию карты медицинского страхования (если имеется).

☐ **ДА.** Если «Да», отметьте соответствующий пункт и укажите рядом с ним данные лиц, которые пользуются этим страховым покрытием. ☐ **НЕТ.**

☐ Medicaid _____

☐ CHIP _____

☐ Medicare _____

Номер запроса: _____

Дата регистрации в программе Medicare: _____

☐ TRICARE (не отмечайте этот пункт, если вы получаете помощь непосредственно во время несения службы)

☐ Программы здравоохранения от Министерства по делам ветеранов: _____

☐ Корпус мира: _____

☐ Страхование за счет работодателя _____

Название страхового покрытия: _____

Номер полиса: _____ Дата начала действия: _____

Это покрытие по программе COBRA? ☐ Да ☐ Нет

☐ Это программа медицинского страхования для пенсионеров? ☐ Да ☐ Нет

☐ Другой тип медицинского страхования _____

Название страхового покрытия: _____

Номер полиса: _____ Дата начала действия: _____

Это социальный пакет, действие которого ограничено по времени (пример: страхование от несчастных случаев по месту учебы)? ☐ Да ☐ Нет

2. **Было ли предложено медицинское страхование лицам, указанным в настоящем заявлении, работодателем?** Выберите ответ «Да», даже если страховое покрытие предоставлено работодателем другого лица, например, родителя или супруга(-и).

☐ **ДА. Если «ДА»**, укажите информацию в Приложении А. Это государственная программа обеспечения льготами служащих? ☐ Да ☐ Нет

☐ **НЕТ. Если «НЕТ»**, перейдите к Разделу 4.

РАЗДЕЛ 4

Ознакомьтесь с информацией и подпишите. Пожалуйста, ознакомьтесь с нижеуказанной информацией о правах и обязанностях. Несогласие с любым из пунктов может повлиять на право участия в программах. Для завершения процесса подачи, подпишите свое заявление и отправьте его в агентство.

1. Я понимаю, что федеральное законодательство запрещает дискриминацию по признаку расы, цвету кожи, происхождению, полу, возрасту или инвалидности. Я имею право подать жалобу о дискриминации, позвонив по телефону (888) 808-4238 или отправив письмо в Отдел защиты гражданских прав, SCDHHS, по адресу: Box 8206, Columbia, SC 29202-8206.
2. Я понимаю, что меня могут попросить связаться со службой, которая занимается взиманием средств с родителей, проживающих отдельно от детей, для оказания медицинской помощи ребенку. Если я сочту, что взаимодействие с этой службой с целью предоставления средств на медицинскую помощь навредит мне или моим детям, я имею право сообщить об этом службе и отказаться от сотрудничества.
3. Я передаю права на получение выплат от ответственной третьей стороны Департаменту SCDHHS в размере, соответствующем сумме, которую организация Healthy Connections внесла за мое медицинское обслуживание. Передача указанных прав распространяется на моих несовершеннолетних детей при получении ими травм. Эти выплаты могут включать выплаты по медицинскому страхованию, по решению суда или платежи от третьих лиц. Я также понимаю, что обязуюсь оказывать содействие в поиске и получении информации, которая требуется организации Healthy Connections для того, чтобы добиться выплаты от третьих лиц, которые обязуются оплачивать расходы на медицинское обслуживание.
4. Я понимаю, что обязуюсь сотрудничать в полной мере с государственными и федеральными служащими при рассмотрении моего дела. Я также понимаю, что одним из условий предоставления мне права на участие в программе является подача заявлений на получение других видов помощи, включая, помимо прочего, аннуитеты, субсидии, пенсионное пособие, пособие по инвалидности и другие виды пособий, а также принятие мной соответствующих мер.
5. Являясь лицом, подавшим заявление на участие в программе Medicaid/получателем услуг по программе Medicaid, я понимаю, что существует две группы людей, в отношении которых действует условие возмещения расходов за счет имущества, среди которых:
 - Лицо любого возраста, которое на момент своей смерти находилось в учреждении сестринского ухода, отделении неотложной помощи для лиц с умственной отсталостью, либо другом медицинском учреждении, и большая часть дохода которого должна была быть использована на покрытие расходов, связанных с медицинским обслуживанием; или
 - Лицо, которому было 55 лет или больше на момент получения им/ею медицинской помощи, включавшей сестринский уход, уход на дому и по месту жительства, а также больничное обслуживание и услуги по назначению рецептурных лекарственных препаратов, которые предоставлялись лицам, находящимся в учреждениях сестринского ухода или получавших уход на дому и по месту жительства.Я понимаю, что после получения мной этих услуг Министерство здравоохранения и социального обеспечения США предъявит право требования в отношении моего имущества (личное и недвижимое имущество, которое будет принадлежать мне на момент моей смерти) на сумму, уплаченную организацией Medicaid за полученное мной медицинское обслуживание.



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

6. Я понимаю, что должен (должна) в течение 10 дней уведомить Департамент SCDHHS, если какая-либо информация, указанная мной в этой форме, изменится и будет отличаться от той, что я указал(-а) ранее. Я понимаю, что изменение предоставленной мной информации может повлиять на право членов моей семьи участвовать в программе.
7. Информацию, указанную мной в настоящем заявлении, а также предоставленная мной в ходе дальнейшего взаимодействия с Департаментом SCDHHS, будет использоваться для оценки моего права на получение помощи в оплате затрат на медицинское страхование (в случае подачи мной соответствующего заявления). Если предоставленная мной информация не соответствует данным, представленным в электронном виде, меня могут попросить выслать подтверждающие документы. Я понимаю, что предоставленная мной информация будет храниться надежным образом для того, чтобы я и члены моей семьи могли получать необходимые услуги в достаточном объеме, если только я не направлю четкое требование об удалении этой информации.
8. Если я сочту, что Департамент SCDHHS, агентство, регулирующее Healthy Connections, государственная программа Medicaid допустили ошибку, я имею право обжаловать принятое ими решение. Чтобы обжаловать решение, я должен (должна) обратиться к представителям SCDHHS, сообщить им о том, что, по моему мнению, принятое ими мера является неправильной, и потребовать объективного разбирательства. Я обязуюсь направить письменный запрос в SCDHHS об организации такого слушания. Я понимаю, что имею право представлять свои интересы самостоятельно либо назначить другое лицо для этих целей.
9. Я понимаю, что данные о состоянии моего здоровья, предоставляемые мной или получаемые в дальнейшем SCDHHS, подпадают под действие Закона США о преемственности и подотчетности медицинского страхования 1996 года (HIPAA), и что вместе с Карточкой участника программы Healthy Connections мне должно быть направлено Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией.

Правда ли, что отец/мать ребенка, указанного в настоящем заявлении, проживает отдельно от него? ☐ Да ☐ Нет

Я подтверждаю, что никто из упомянутых в настоящем заявлении лиц, обращающихся за медицинским страхованием, не находится в местах лишения свободы или под стражей. Если нет,

находится под стражей.

Пролонгация страхования в будущем

Для того, чтобы ускорить процесс оценки моего права на получение помощи в оплате затрат на медицинское страхование в дальнейшем, я согласен (согласна) предоставить Medicaid или Бирже медицинского страхования разрешение на использование данных о моем доходе, включая информацию, указанную в налоговой декларации. Medicaid отправит мне соответствующее уведомление, я смогу изменить информацию, а также полностью отказаться от пролонгации в любой момент.

Я прошу автоматически продлить срок моего участия в программе на:

☐ 5 лет (максимально разрешенный срок) или более короткий период:

☐ 4 года ☐ 3 года ☐ 2 года ☐ 1 год ☐ Я запрещаю использовать информацию, указанную в моей налоговой декларации, для

продления срока действия страхового покрытия.

Подпишите это заявление. Лицо, заполнившее Раздел 1, должно подписать это заявление. Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы имеете право поставить свою подпись здесь при условии, что вы предоставили информацию, которая должна быть указана в форме 1282 DHHS «Уполномоченный представитель».

Подписывая эту форму, я подтверждаю, что я ознакомился(-ась) с информацией о правах и обязанностях, которая представлена в настоящем заявлении, и согласен (согласна) с ними. Подписывая заявление, я заявляю, что ознакомился(-ась) и согласен(на) с правами и обязанностями, указанными в данном заявлении. Я подписываю это заявление под страхом наказания за лжесвидетельство. Это означает, что я дал(а) достоверные ответы на все вопросы данной формы, на основании известной мне информации. Я знаю, что если я отвечу неправдиво, это может повлечь за собой наказание в соответствии с федеральным законодательством.

Подпись

Дата (месяц/дата/год)

Пожалуйста, распечатайте эту форму, поставьте свою подпись выше и отправьте заявление.

РАЗДЕЛ 5

Отправьте заполненное заявление по почте.

Отправьте подписанное заявление по адресу:

**SCDHHS - Central Mail
PO Box 100101
Columbia, SC 29202-3101**

Если Вы хотите зарегистрироваться для участия в выборах, заполните форму регистрации избирателей на сайте scvotes.org.



ВАМ ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт [SCDHHS.gov](https://scdhhs.gov) или позвоните нам по телефону 1-888-549-0820.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, позвоните по номеру 1-888-549-0820 и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру 1-888-842-3620.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Медицинское страхование, предоставляемое работодателем

НЕТ необходимости отвечать на эти вопросы, если ни один из членов вашей семьи не может рассчитывать на медицинское страхование от работодателя. Скопируйте эту страницу, чтобы указать информацию о работодателях, предлагающих страховое покрытие.

Укажите информацию о работодателе, предлагающем страховое покрытие.

Чтобы ответить на вопросы Анкеты о страховании за счет работодателя (см. следующую страницу), передайте ее работодателю. Приложите эту страницу, только если вы отправляете заявление, а не вышеуказанную Анкету.

Информация о сотруднике

1. Ф.И.О. сотрудника (имя, второе имя, фамилия)

2. Номер социального страхования сотрудника

Информация о РАБОТОДАТЕЛЕ

3. Данные работодателя

4. Идентификационный номер работодателя (EIN)

5. Адрес работодателя

6. Номер телефона работодателя
()

7. Город

8. Штат

9. Почтовый индекс

10. С кем мы можем связаться, чтобы узнать о медицинском страховании, предоставляемом сотруднику?

11. Номер телефона (если отличается от вышеуказанного)

12. Адрес электронной почты

()

13. Можете ли вы рассчитывать на страховое покрытие от указанного работодателя сейчас или в ближайшие 3 месяца?

☐ **ДА.** Если «ДА», укажите информацию ниже.

☐ **НЕТ.** Если «НЕТ», остановитесь и перейдите к Разделу 3 заявления.

13а. Если вы ожидаете решения по трудоустройству или находитесь на испытательном сроке, когда вы сможете оформить страхование?

Укажите данные лиц, которые могут рассчитывать на страховое покрытие от этого работодателя.

Ф. И. О.: _____

Ф. И. О.: _____

Ф. И. О.: _____

Укажите информацию о плане медицинского страхования, предлагаемого этим работодателем.

14. Предлагает ли работодатель план медицинского страхования, удовлетворяющий минимальным стандартам*? ☐ Да ☐ Нет

15. Если речь идет о наименее затратном плане страхования, который удовлетворяет минимальным стандартам* и предлагается только сотрудникам (кроме семейных планов): Если работодатель предлагает оздоровительные программы, укажите размер страхового взноса, который уплачивает сотрудник, получивший максимальную льготу по программам отказа от курения, но не получивший другие льготы по программам оздоровления.

а. Какова сумма страхового взноса, уплачиваемого сотрудником по этому плану? дол. США _____

б. Периодичность ☐ Раз в неделю ☐ Раз в 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Раз в месяц ☐ Раз в год

16. Какие изменения работодатель намерен внести в программу страхования в новом году (если известно)?

☐ Работодатель не намерен предлагать медицинское страхование

☐ Работодатель начнет предлагать сотрудникам медицинское страхование или изменит размер страховых взносов по наименее затратному плану, доступному только сотрудникам, который удовлетворяет минимальным стандартам* (размер страхового взноса должен отражать льготы по программам оздоровления. См. вопрос 15).

а. Какова сумма страхового взноса, уплачиваемого сотрудником по этому плану? дол. США _____

б. Периодичность ☐ Раз в неделю ☐ Раз в 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Раз в месяц ☐ Раз в год

Дата внесения изменения (месяц/дата/год): _____

* Программа медицинского страхования за счет работодателя удовлетворяет «минимальным стандартам» при условии, что доля общих допустимых затрат на страховое покрытие, предусмотренных этой программой, составляет не менее 60 процентов от вышеуказанных затрат [Раздел 36B(c)(2)(C)(ii) Закона о налогообложении 1986 г.]



ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните по номеру телефона **1-888-549-0820**.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, пожалуйста, позвоните по номеру **1-888-549-0820** и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру **1-888-842-3620**.

Форма 3400 DHHS - Приложение А (январь 2014 г.)

Страница 1 из 2

АНКЕТА О СТРАХОВАНИИ ЗА СЧЕТ РАБОТОДАТЕЛЯ

Медицинское страхование, предоставляемое работодателем

Используйте эту анкету, чтобы ответить на вопросы в Приложении А о медицинском страховании за счет работодателя, на которое вы можете рассчитывать (даже если оно предоставлено работодателем другого лица, например, родителя или супруга(-и)). Информация, которая указывается в пронумерованных пунктах ниже, должна соответствовать информации, указанной в Приложении А. Например, ответ на вопрос 14 на этой странице должен соответствовать ответу на вопрос 14 в Приложении А. Укажите свои имя и Номер социального страхования в пунктах 1 и 2 и попросите работодателя ответить на остальные вопросы этой формы. Используйте одну копию анкеты, чтобы указать информацию об одном работодателе, предлагающем медицинское страхование.



Информация о СОТРУДНИКЕ

Этот раздел должен заполнить **сотрудник**.

1. Ф.И.О. сотрудника (имя, второе имя, фамилия)

2. Номер социального страхования сотрудника



Информация о СОТРУДНИКЕ

Этот раздел должен заполнить **работодатель**.

3. Данные работодателя

4. Идентификационный номер работодателя (EIN)

5. Адрес работодателя

6. Номер телефона работодателя

()

7. Город

8. Штат

9. Почтовый индекс

10. С кем мы можем связаться, чтобы узнать о медицинском страховании, предоставляемом сотруднику?

11. Номер телефона (если отличается от вышеуказанного)

12. Адрес электронной почты

()

13. Можете ли сотрудник рассчитывать на страховое покрытие, предлагаемое указанным работодателем, сейчас или в ближайшие 3 месяца?

☐ **ДА.** Если «ДА», укажите информацию ниже.

☐ **НЕТ.** Если «НЕТ», остановитесь и перейдите к Разделу 3 заявления.

13а. Если сотрудник не может рассчитывать на страхование в настоящее время, в том числе в связи с тем, что он/она ожидает решения по трудоустройству или находится на испытательном сроке, когда ему/ей будет предложено страховое покрытие?

(месяц/дата/год/)

Укажите данные лиц, которые могут рассчитывать на страховое покрытие от этого работодателя.

Ф. И. О.:

Ф. И. О.:

Ф. И. О.:

Укажите информацию о **плане медицинского страхования**, предлагаемого этим работодателем.

14. Предлагает ли работодатель план медицинского страхования, удовлетворяющий минимальным стандартам*? ☐ Да ☐ Нет

15. Если речь идет о наименее затратном плане страхования, который удовлетворяет минимальным стандартам* и предлагается только сотрудникам (кроме семейных планов): Если работодатель предлагает оздоровительные программы, укажите размер страхового взноса, который уплачивает сотрудник, получивший максимальную льготу по программам отказа от курения, но не получивший другие льготы по программам оздоровления.

а. Какова сумма страхового взноса, уплачиваемого сотрудником по этому плану? дол. США

б. Периодичность ☐ Раз в неделю ☐ Раз в 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Раз в месяц ☐ Раз в год

16. Какие изменения работодатель намерен внести в программу страхования в новом году (если известно)?

☐ Работодатель не намерен предлагать медицинское страхование

☐ Работодатель начнет предлагать сотрудникам медицинское страхование или изменит размер страховых взносов по наименее затратному плану, доступному только сотрудникам, который удовлетворяет минимальным стандартам* (размер страхового взноса должен отражать льготы по программам оздоровления. См. вопрос 15).

а. Какова сумма страхового взноса, уплачиваемого сотрудником по этому плану? дол. США

б. Периодичность ☐ Раз в неделю ☐ Раз в 2 недели ☐ Два раза в месяц ☐ Раз в месяц ☐ Раз в год

Дата внесения изменения (месяц/дата/год/):

* Программа медицинского страхования за счет работодателя удовлетворяет «минимальным стандартам» при условии, что доля общих допустимых затрат на страховое покрытие, предусмотренных этой программой, составляет не менее 60 процентов от вышеуказанных затрат [Раздел 36B(c)(2)(C)(ii) Закона о налогообложении 1986 г.]



ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните по номеру телефона **1-888-549-0820**.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, пожалуйста, позвоните по номеру **1-888-549-0820** и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру **1-888-842-3620**.

Форма 3400 DHHS - Приложение А (январь 2014 г.)»

Страница 2 из 2

Ф.И.О. лица, подавшего заявление на участие в программе Medicaid/участника программы Medicaid

Номер социального страхования

Назначение уполномоченного представителя

Хотите ли вы, чтобы ваши интересы по всем вопросам, связанным с этим заявлением, представляло другое лицо?

Вы имеете право предоставить доверенному лицу или организации разрешение взаимодействовать с нами при рассмотрении этого заявления, просматривать информацию о вас и выступать от вашего имени при решении вопросов, связанных с вашим заявлением, в том числе, получать информацию по вашему заявлению и подписывать это заявление от вашего имени. Это лицо также имеет право выступать от вашего имени при решении других вопросов, в том числе связанных с оценкой, обжалованием и регулируемым медицинским обслуживанием. Такое лицо называется уполномоченным представителем. Наш сотрудник, который отвечает за оценку права лица на участие в программе Medicaid, имеет право передавать информацию по вашему заявлению/оценке и их статусе вашему уполномоченному представителю или члену организации, указанной в настоящей форме. В качестве ваших уполномоченных представителей могут выступать несколько лиц или организаций.

Вы имеете право в любое время назначать, отзывать или менять уполномоченных представителей. Если вы хотите сменить уполномоченного представителя, свяжитесь с представителями Healthy Connections. Если вы выступаете в качестве уполномоченного представителя лица, указанного в этом заявлении, вам не нужно заполнять этот раздел.

Ф.И.О. Уполномоченного представителя (имя, второе имя, фамилия)

- ☐ Новый представитель ☐ Другой представитель
☐ Дополнительный представитель
☐ Это лицо или организация больше не является моим уполномоченным представителем

Адрес уполномоченного представителя (ничего не указывайте, если вам неизвестна эта информация).

Номер квартиры или комнаты

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона уполномоченного представителя

Дополнительный номер телефона

Адрес электронной почты уполномоченного представителя

Название организации (если применимо)

Подразделение* (если применимо)

Номер документа, удостоверяющего личность (если применимо)

*Если речь идет о крупной организации, укажите ее конкретное подразделение.

или

Разрешение на раскрытие информации

Хотите ли вы назначить лицо, которому мы могли бы сообщать информацию по вашему заявлению?

Заполняя этот раздел, вы можете предоставить следующему лицу право на получение информации по вашему заявлению/делу, однако это лицо не сможет выступать от вашего имени в качестве уполномоченного представителя. Вы также предоставляете SCDHHS разрешение передавать этому лицу или этой организации информацию по вашему заявлению.

Ф.И.О. лица/название организации

Телефон

Адрес

Город

Штат

Индекс

Подразделение (если применимо)

Номер документа, удостоверяющего личность (если применимо)

Подпись лица, подавшего заявление на участие в программе Medicaid/участника программы Medicaid

Дата (месяц/дата/год)

Если вместо подписи поставлен знак «X», ниже должны стоять подписи двух лиц, выступающих в качестве свидетелей.

Свидетель:

Свидетель:

☐ Участник программы недееспособен и не может подписать документ. SCDHHS сохраняет за собой право удостовериться в наличии у участника возможности подписывать этот документ. Укажите причину:

Отправьте подписанную форму по адресу: SCDHHS - Central Mail, PO Box 100101, Columbia, SC 29202-3101 **Факс:** (888) 820-1204



ВАМ НУЖНА ПОМОЩЬ В ЗАПОЛНЕНИИ ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт SCDHHS.gov или позвоните по номеру телефона **1-888-549-0820**.

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы на другом языке, кроме английского, пожалуйста, позвоните по номеру **1-888-549-0820** и сообщите представителю Службы поддержки клиентов язык, который вам нужен. Мы предоставим вам помощь бесплатно. Лица с нарушениями слуха должны звонить по номеру **1-888-842-3620**.

Форма DHHS 1282 «Уполномоченный представитель» (октябрь 2015 г.)

Проверка участника

Страница 1 из 1