

Департамент здравоохранения и социальных служб – **Запрос на изменение информации по программе Medicaid**

Имя получателя:

Номер Medicaid / Номер социального обеспечения:

Дата:

Вы обязана сообщить об изменениях в доходе или семейной ситуации в течение 10 дней. Для этого просим Вас воспользоваться представленной ниже формой.

Если Вам необходимо изменить имя, дату рождения или пол, предоставьте соответствующую информацию в таблице ниже:

Личные данные	Имя	Дата рождения	Пол

Адрес и номер телефона	Улица:			
	Город:	Округ:	Штат:	Индекс:
	Номер телефона:			

Если кто-либо переехал к Вам или уехал из Вашего дома, предоставьте соответствующую информацию в таблице ниже:

Изменения в семейной ситуации	Имя	Переехал		Дата рождения	Номер социального обеспечения	Источник дохода	Нетрудо-способный		Гражданин США	
		К Вам	Из дома				Да	Нет	Да	Нет

Если Вы или кто-либо из членов Вашей семьи получил Номер социального страхования, о котором не было сообщено, предоставьте соответствующую информацию в таблице ниже:

Номер социального обеспечения	Имя	Номер социального обеспечения

Если кто-либо из членов Вашей семьи получил работу или начал получать доход, предоставьте соответствующую информацию в таблице ниже:

Доход	Вид дохода	Получатель дохода	Сумма	Частота выплат	Период

Если произошли какие-либо изменения в сумме, выплачиваемой кому-либо в счет оплаты услуг по уходу за ребенком или совершеннолетним, находящимся на иждивении, или Вы начали нести такие расходы, предоставьте соответствующую информацию в таблице ниже:

Расходы по уходу за иждивенцем	Поставщик услуг по уходу за иждивенцем	Иждивенец	Частота выплат	Сумма расходов
	Имя, адрес, номер телефона			

Если произошли какие-либо изменения в Ваших активах, предоставьте соответствующую информацию в таблице ниже:

Активы	Тип активов	Владелец	Стоимость	Местоположение/ Компания

Кто-либо из членов Вашей семьи будет требовать уплаты налогов от какого-либо лица?

Налоговая декларация	Член семьи	Лицо, к которому обращено требование

Кто-либо из Вашей семьи беременный или недавно родил ребенка?

Беременность	Имя	Дата предполагаемых родов	Количество ожидаемых детей

ИНФОРМАЦИЯ: Просим ознакомиться и подписать изложенную ниже страницу.

Я понимаю, что должен/на сообщить об изменениях в семейной ситуации в течение 10 дней. Я понимаю, что в случае предоставления неверной информации от меня могут потребовать возмещения полученных выплат, которые я не должен/на был/а получать. Я понимаю, что, подписывая настоящую форму, я подтверждаю предоставление мною правдивой информации.

Настоящим я даю Департаменту здравоохранения и социальных служб разрешение на проверку информации, раскрываемой Департаментом, без дополнительного согласия с моей стороны.

Подпись получателя или уполномоченного представителя

Дата Телефон

Адрес получателя или уполномоченного представителя

Вернуть по адресу

По почте:

SCDHHS - Central Mail
PO Box 100101
Columbia, SC 29202-3101
(г. Колумбия, штат Южная
Каролина)

ИЛИ

По факсу:

(888) 820-1204

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ ЮЖНОЙ КАРОЛИНЫ
Программа Healthy Connections Medicaid

Уведомление об отказе от дискриминации

Департамент здравоохранения и социальных служб Южной Каролины (SCDHHS) соблюдает действующие федеральные законы, которые устанавливают гражданские права, и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, этнического происхождения, возраста, инвалидности или пола. SCDHHS не исключает людей и не относится к ним по-иному, исходя из расы, цвета кожи, этнического происхождения, возраста, инвалидности или пола.

SCDHHS предоставляет бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями, такие как квалифицированные сурдопереводчики и предоставление письменной информации в другом формате (крупный шрифт, шрифт Брайля, аудио записи, доступные электронные и иные форматы). Мы предоставляем бесплатные языковые услуги людям, основным языком которых не является английский, такие как квалифицированные переводчики и предоставление письменной информации на другом языке. Если Вам нужны такие услуги, просим связываться со Специалистом по вопросам применения Закона про американцев с инвалидностью (ADA) / осуществления гражданских прав по адресу: а/я 8206, г. Колумбия, штат Южная Каролина 29202-8206 (PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206), по номеру: 1-888-549-0820 (телетайп: 1-888-842-3620) или по электронной почте: civilrights@scdhhs.go.

Если, по Вашему мнению, SCDHHS не предоставил соответствующие услуги или иным образом допустил дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, этнического происхождения, возраста, инвалидности или пола, Вы можете подать жалобу Специалисту по вопросам осуществления гражданских прав, используя контактные данные, указанные выше. Вы можете передать жалобу лично или направить ее по почте или по электронной почте. Если Вам нужна помощь в подаче жалобы, мы готовы Вам помочь.

Вы также можете подать жалобу в отношении нарушения гражданских прав в Управление гражданских прав Министерства здравоохранения и социальных служб США в электронном формате через портал для подачи жалоб Управления гражданских прав по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> или по почте по адресу: Министерство здравоохранения и социальных служб США, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, ННН Building, Washington, D.C. 20201 (г. Вашингтон, округ Колумбия), или по телефону: 800-368 - 1019, 800-537-7697 (телетайп для использования людьми с нарушением слуха и речи). Формы для подачи жалоб доступны по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>