

Департамент охорони здоров'я і соціальних служб – Запит на зміну інформації по програмі

Medicaid

Ім'я одержувача:

Номер Medicaid / Номер соціального
забезпечення

Дата:

Ви зобов'язані повідомити про зміни у доході або сімейній ситуації протягом 10 днів. Для цього просимо Вас скористатися наведеною нижче формою.

Якщо Вам необхідно змінити ім'я, дату народження або стать, надайте відповідну інформацію у таблиці нижче:

Особисті дані	Ім'я	Дата народження	Стать

Адреса та номер телефону	Вулиця:			
	Місто:	Округ:	Штат:	Індекс:
	Номер телефона:			

Якщо хтось переїхав до Вас або від Вас, надайте відповідну інформацію у таблиці нижче:

Зміни у сімейній ситуації	Ім'я	Переїхав		Дата народження	Номер соціального забезпечення	Джерело доходу	Непрацездатний		Громадянин США	
		До Вас	Від Вас				Так	Ні	Так	Ні

Якщо Ви або будь-хто із членів Вашої родини отримав Номер соціального забезпечення, про який не було надано повідомлення, надайте відповідну інформацію у таблиці нижче:

Номер соціального забезпечення	Ім'я	Номер соціального забезпечення

Якщо хтось із членів Вашої родини отримав роботу або почав одержувати дохід, надайте відповідну інформацію у таблиці нижче:

Дохід	Вид доходу	Одержувач доходу	Сума	Частота виплат	Період

Якщо відбулися будь-які зміни у сумі, що сплачується комусь у рахунок оплати послуг з догляду за дитиною або повнолітнім, що перебуває на утриманні, або Ви почали нести такі витрати, надайте відповідну інформацію у таблиці нижче:

Витрати на догляд за утриманцем	Постачальник послуг з догляду за утриманцем	Утриманець	Частота виплат	Сума витрат
	Ім'я, адреса, номер телефона			

Якщо відбулися будь-які зміни у Ваших активах, надайте відповідну інформацію у таблиці нижче:

Активи	Тип активів	Власник	Вартість	Місцезнаходження/Компанія

Хтось із членів Вашої родини вимагатиме сплати податків від будь-якої особи?

Податкова декларація	Член родини	Особа, до якої звернута вимога

Хтось із Вашої родини вагітний або нещодавно народив дитину?

Вагітність	Ім'я	Дата очікуваних родів	Кількість дітей, що очікується

ІНФОРМАЦІЯ: Просимо ознайомитися та підписати викладену нижче сторінку.

Я розумію, що маю повідомити про зміни в сімейній ситуації протягом 10 днів. Я розумію, що в разі надання невірної інформації від мене можуть вимагати відшкодування отриманих виплат, які я не повинен/на був/ла отримувати. Я розумію, що, підписуючи цю форму, я підтверджую надання мною правдивої інформації.

Цим я надаю Департаменту охорони здоров'я і соціальних служб дозвіл на перевірку інформації, що розкривається Департаментом, без додаткової згоди з мого боку.

Підпис одержувача або уповноваженого представника Дата Телефон

Адреса одержувача або уповноваженого представника

Повернути за адресою

Поштою:

SCDHHS - Central Mail
PO Box 100101
Columbia, SC 29202-3101
(м. Колумбія, штат Південна
Кароліна)

АБО

По факсу:

(888) 820-1204

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
І СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ ПІВДЕННОЇ КАРОЛІНИ
Програма Healthy Connections Medicaid

Повідомлення про відмову від дискримінації

Департамент охорони здоров'я і соціальних служб Південної Кароліни (SCDHHS) дотримується чинних федеральних законів, що встановлюють цивільні права, та не допускає дискримінації за ознаками раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності або статі. SCDHHS не виключає людей та не ставить до них по-іншому через расу, колір шкіри, національне походження, вік, інвалідність або стать.

SCDHHS надає безкоштовну допомогу та послуги людям з обмеженими можливостями, такі як кваліфіковані сурдоперекладачі та надання письмової інформації в іншому форматі (великий шрифт, шрифт Брайля, аудіо записи, доступні електронні та інші формати). Ми надаємо безкоштовні мовні послуги людям, основною мовою яких не є англійська, такі як кваліфіковані перекладачі та надання письмової інформації іншими мовами. Якщо вам потрібні такі послуги, просимо Вас зв'язуватися зі Спеціалістом з питань застосування Закону про американців з інвалідністю (ADA) / здійснення цивільних прав за адресою: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206 (м. Колумбія, штат Південна Кароліна), за номером телефону: 1-888-549-0820 (телетайп: 1-888-842-3620) або електронною поштою: civilrights@scdhhs.gov.

Якщо, на Вашу думку, SCDHHS не надав відповідні послуги або в інший спосіб допустив дискримінацію за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності або статі, Ви можете подати скаргу до Спеціаліста з питань здійснення цивільних прав, використовуючи контактну інформацію, зазначену вище. Ви можете передати скаргу особисто або направити її поштою або електронною поштою. Якщо Вам потрібна допомога у поданні скарги, ми готові Вам допомогти.

Ви також можете подати скаргу відносно порушення цивільних прав до Управління цивільних прав Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США в електронному вигляді через портал подання скарг Управління цивільних прав за адресою: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> або поштою за адресою: Міністерство охорони здоров'я і соціальних служб США, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 (м. Вашингтон, округ Колумбія), або за телефонами: 800-368 - 1019, 800-537-7697 (телетайп для використання людьми з порушеннями слуху та мови). Форми для подання скарги доступні за адресою: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>