



# Пособия плана льготного медицинского страхования штата Орегон

## Продление срока действия договора страхования – ЧАСТЬ 2

Используйте только часть 2, если у вас не произошло никаких изменений, которые вы могли бы указать в своем *Общем обзоре сведений для продления участия в программе*. Примерами изменений могут служить переезд в ваш дом или из вашего дома каких-либо лиц, устройство на новую работу или изменение адреса. Подробный перечень изменений см. в документе *«Продление срока действия договора страхования – Часть 1»*.

Вместе с этим формуляром вам было отправлено *Руководство по заполнению заявления о продлении срока действия договора о медицинском страховании*. В руководстве приводится полезная информация о том, как следует отвечать на вопросы в каждом разделе. Это руководство можно найти также на веб-сайте [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov).

### Содержание

<b>Этап 1 – Изменения, касающиеся членов семьи</b> .....	<b>3</b>
<b>Этап 2 — Дополнительные вопросы для членов вашего домохозяйства</b> .....	<b>6</b>
<b>Этап 3</b> .....	<b>10</b>
Статус налогоплательщиков. 10	
Доход от трудовой деятельности по найму. 11	
Доход из других источников. 12	
Удержания. 13	
Годовой доход. 14	
<b>Этап 4 — Дополнительное медицинское страхование</b> .....	<b>15</b>
<b>Этап 5 — Вопросы демографического характера, призванные помочь нам предоставить вам более качественное обслуживание (заполнять НЕОБЯЗАТЕЛЬНО).</b> .....	<b>17</b>
<b>Этап 6 – Дополнительные вопросы.</b> .....	<b>19</b>
<b>Этап 7 – Ознакомьтесь и подпишите.</b> .....	<b>20</b>
<b>Приложение А — Отдел обслуживания престарелых и лиц с ограниченными возможностями (заполнять НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)</b> .....	<b>24</b>
<b>Приложение В — Страхование, обеспечиваемое работодателем</b> .....	<b>27</b>

# Пособия плана льготного медицинского страхования штата Орегон

## Продление срока действия договора страхования – ЧАСТЬ 2



**Обязательная информация** — Ответы на вопросы, отмеченные звёздочкой «★» являются обязательными. Если вы не ответите на вопросы, отмеченные звёздочкой «★», процесс рассмотрения вашего заявления будет отсрочен.

★ **Укажите идентификационный номер вашего дела (Case ID).** Номер вашего дела указан в письме, которое вы получили вместе с этим формуляром.

Идентификационный номер дела:

Имя согласно документам:

Фамилия согласно документам:

Дата рождения:

★ **Один из членов моего домохозяйства (отметьте все, что применимо):**

- является беременной;
- испытывает необходимость в срочном медицинском вмешательстве или коррекции поведения;
- в настоящее время находится в тюрьме штата/округа;
- отвечает одному из перечисленных ниже условий:
  - нуждается в помощи при выполнении повседневных бытовых действий (например, во время купания, одевания и т.д.); ИЛИ
  - проживает в медицинском учреждении либо в доме престарелых;
- является лицом, подпадающим под одно из следующих определений:
  - является зарегистрированным членом признанного федеральным правительством индейского племени либо акционером региональной корпорации коренных жителей Аляски; ИЛИ
  - пользуется услугами службы здравоохранения для индейцев, племенных медицинских клиник или городских индейских клиник;

Вместе с этим формуляром вам было отправлено «Руководство по продлению срока действия договора медицинского страхования». В руководстве приводится полезная информация о том, как следует отвечать на вопросы в каждом разделе. Это руководство можно найти также на веб-сайте [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov).

Если вам необходимо указать нескольких лиц, пожалуйста, сделайте копию раздела «Этап 1» и приложите дополнительные листы бумаги.

- ★ 1. Вошло ли в состав вашей семьи какое-либо новое лицо? Было ли исключено из состава вашей семьи какое-либо лицо? Делаете ли вы запрос на предоставление льготного медицинского обслуживания кому-либо из членов вашей семьи, который не пользуется этим льготным обслуживанием в настоящее время?

НЕТ, перейдите к разделу **Этап 2** (стр. 6)

ДА, предоставьте нам информацию об этом лице ниже. Укажите имя и фамилию этого лица так, как они указаны на его карточке социального обеспечения, если она имеется.

Имя согласно документам:

Фамилия согласно документам:

Инициал отчества или второго имени:  Предпочитаемое имя:

- ★ 2. Дата рождения: / /

3. Гендерная идентичность;  Мужской  Женский  Транссексуал (из женщины в мужчину)  
 Транссексуалка (из мужчины в женщину)  Не указано  
 Лицо неопределенного пола/бердаш  Отказываюсь отвечать  Другое:

- ★ 4. Лицо, указанное в ответе на вопрос 1:

Уже входит в состав моей семьи и желает подать заявление на предоставление льготного медицинского страхования. Перейдите к разделу **Этап 2** (стр. 6).

Больше не входит в состав моей семьи. Если это лицо больше не входит в состав вашей семьи, поясните, почему, после чего перейдите к разделу **Этап 2** (стр. 6). Не указывайте временно отсутствующих членов семьи (например, в связи с обучением, военной службой, работой или госпитализацией), которые намерены вернуться домой. **Причина:**

Переезд или безвозвратный выход из состава семьи (в связи с разводом или по другой причине)

Смерть

Тюремное заключение, с последующим возвращением в семью после освобождения:

Дата заключения: / /

Ожидаемая дата освобождения: / /

Вошел в состав моей семьи (в том числе любое из лиц, указываемых вами в федеральной налоговой декларации). Если это лицо вошло в состав вашей семьи, ответьте на вопросы ниже, а затем перейдите к **вопросу 6**.

Пол, как указано в оригинале свидетельства о рождении:  Мужской  Женский

Кем приходится вам и другим членам вашей семьи (например: «Тим — брат Джона», «Тим — сын Джина», и т. п.):

- ★ 5. Если лицо подает заявление на участие в программе ОНР, имеет ли это лицо номер социального обеспечения (SSN)? Следует обязательно указывать номер SSN любого лица, подающего заявление на участие в программе льготного медицинского страхования и имеющего этот номер. Номер SSN указывается по выбору, если лицо не подает заявление на участие. Однако предоставление нам номера SSN может ускорить процесс рассмотрения заявления. Если вы нуждаетесь в помощи в получении номера SSN, мы можем вам помочь. Вы можете позвонить нам по тел. 1-800-699-9075. Вы также можете посетить веб-сайт [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) или позвонить в Администрацию социального обеспечения по тел. 1-800-772-1213 (телетайп для слабослышащих 1-800-325-0778).

Указывает ли это лицо номер SSN?

- ДА, укажите номер SSN этого лица:
- Если НЕТ, сообщите нам, почему:
- Подал(-а) заявление на предоставление номера SSN, но еще не получил(-а) его
  - Новорожденный без номера SSN
  - Имеет номер SSN, но не помнит его
  - Не имеет номера SSN, но подаст заявление на его предоставление
  - Не имеет номера SSN по религиозным убеждениям
  - Имеет номер SSN, однако не желает его указывать (выбор этого варианта приведет к отказу в предоставлении льгот)
  - Другое
  - Не подаю заявление на предоставление льгот

6. Нуждается ли это лицо в печатных материалах в другом формате?  ДА, отметьте один вариант из предложенных ниже.
- НЕТ
- Напечатанные крупным шрифтом
  - В аудио формате
  - Напечатанные шрифтом Брайля
  - На компьютерном диске
  - В виде устной презентации

- ★ 7. На каком языке это лицо желает, чтобы мы:
- писали ему? \_\_\_\_\_
- говорили с ним? \_\_\_\_\_

- ★ 8. Подает ли это лицо заявление на участие в программе ОНР?

- ДА, перейдите к вопросу 10.
- НЕТ. Перейдите к разделу **Этап 2** (стр. 6).

- ★ 9. Является ли это лицо зарегистрированным членом признанного федеральным правительством индейского племени, либо акционером региональной корпорации коренных жителей Аляски?  ДА  НЕТ
- Если ДА, пожалуйста, сообщите нам название этого племени: \_\_\_\_\_

- ★ 10. Пользуется ли это лицо услугами службы здравоохранения для индейцев, племенных клиник или городских индейских клиник?  ДА  НЕТ

- ★ 11. Есть ли у этого лица родитель или бабушка/дедушка, которые являются зарегистрированными членами признанного федеральным правительством племени, либо акционером региональной корпорации или деревни коренных жителей Аляски?  ДА  НЕТ

- ★ 12. Является ли это лицо гражданином или подданным США?  ДА, перейдите к разделу **Этап 2** (стр. 6).  НЕТ, перейдите к вопросу 14.

- ★ 13. Является ли это лицо натурализованным гражданином США или гражданином США, получившим гражданство через родителей?

- ДА, пожалуйста, предоставьте нам соответствующую информацию ниже и перейдите к разделу **Этап 2** (стр. 6).
- НЕТ, перейдите к вопросу 15.

Номер А#, USCIS# или № сертификата: \_\_\_\_\_

★ **Имеет ли это лицо один из иммиграционных статусов, указанных ниже?**

Да, заполните части a–h.  Нет, ответьте на вопрос «h» ниже.

Ответьте «Да», если статус этого лица указан ниже.

- Законный постоянный житель США (LPR) • Беженец
- Убежище было предоставлено, или вопрос о его предоставлении находится на рассмотрении
- Лицо, получившее право въезда на территорию США на условиях поручительства – выдано как минимум на один год
- Лицо, получившее право въезда на территорию США по на условиях поручительства – выдано на срок менее одного года
- Беженец или иммигрант, получивший право въезда на территорию США на условиях поручительства
- Другой иммиграционный статус
- Установленные или находящиеся на рассмотрении фактические обстоятельства (*подвергшийся бытовому насилию супруг(-а), ребёнок или член семьи*)
- Гражданин страны, участвующей в договоре о свободной ассоциации (COFA) (*Микронезия, Республика Маршалловы Острова и Республика Палау*)
- Условно въехавший на территорию страны
- Лицо, въехавшее на территорию США с Кубы или Гаити или получившее право въезда на территорию США на условиях поручительства
- Обладатель иммиграционной визы для лиц с особыми достижениями (SIV)
- Лицо, имеющее неиммиграционную визу
- Лицо, пострадавшее от торговли людьми, или член его семьи (*виза T*)
- Канадские индейцы (*как минимум наполовину*) или зарегистрированный член американского индейского племени
- Лицо смешанного американо-азиатского происхождения – вьетнамец
- Заявление о предоставлении визы удовлетворено – заявление находится на рассмотрении в целях изменения статуса

**a. Иммиграционный статус:** \_\_\_\_\_

Это лицо не должно сейчас отвечать на вопросы **b–g** ниже, касающиеся иммиграционного документа, выданного этому лицу. Однако предоставление этой информации сейчас может помочь нам ускорить рассмотрение их заявление на участие в программе медицинского страхования.

**b. Укажите дату предоставления этого статуса:** \_\_\_\_\_

**c. Тип иммиграционного документа:** \_\_\_\_\_ **Номер карты или документа:** \_\_\_\_\_

**d. Дата истечения срока действия документа:** \_\_\_\_\_ **Номер A# или USCIS#:** \_\_\_\_\_

**e. Если это лицо является законным постоянным жителем США (LPR), сообщите, был ли когда-либо ему предоставлен один из указанных ниже статусов.**

- Беженец  Иммигрант на условиях поручительства  Лицо смешанного американо-азиатского происхождения – вьетнамец
- Лицо, въехавшее на территорию США с Кубы или Гаити или получившее право въезда на территорию США на условиях поручительства
- Беженец или иммигрант, получивший право въезда на территорию США на условиях поручительства  Иммигрант из Ирака или Афганистана, имеющий особый статус  Жертва торговли людьми (*виза T*)

**f. Въехало ли это лицо на территорию США до 22 августа 1996 года?**  ДА  НЕТ

**g. Является ли это лицо, его/ее супруг(-а) (*живой(-ая) или покойный(-ая)*), либо родитель демобилизованным военнослужащим с положительной характеристикой или находящимся на действительной военной службе в США?**  ДА  НЕТ

★ **h. Получило ли это лицо право на приостановление депортации или процесса удаления его из страны?**  ДА  НЕТ

**На этапах со 2-го по 7-ой предоставьте нам информацию о лицах:**

- указанных в вашем письме о *Продлении срока действия договора страхования по программе ОНР – Часть 1 письма (прилагается)*, которые по прежнему входят в состав вашего семейного хозяйства; и
- которых вы указываете в качестве члена в составе вашей семьи.

**ЭТАП 2****Дополнительные вопросы о членах вашего семейного хозяйства, продолжение**

★ = Заполнить обязательно

- ★ 1. Все ли члены вашего семейного хозяйства проживают в штате Орегон? К ним относятся члены семьи, проживающие в штате Орегон с целью поиска работы.

ДА  НЕТ, ниже укажите всех лиц, проживающих за пределами штата Орегон.

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

- ★ 2. Изменился ли адрес места вашего проживания?  ДА, укажите новый адрес ниже.  НЕТ

Адрес (улица, дом) (укажите номер квартиры)				
Город	Штат	Почтовый индекс	Округ	

- ★ 3. Изменился ли ваш почтовый адрес?  ДА, укажите новый адрес ниже.  НЕТ

Адрес (улица, дом) (укажите номер квартиры)				
Город	Штат	Почтовый индекс	Округ	

- ★ 4. Изменился ли номер вашего телефона?  ДА, сообщите нам новый номер.  НЕТ

**Основной номер телефона:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Домашний  Рабочий  Мобильный

**Номер дополнительного телефона:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Домашний  Рабочий  Мобильный

Я уполномочиваю сотрудников департамента DHS/управления ОНА оставлять голосовое уведомление, используя мой:

Основной номер телефона  Номер дополнительного телефона

Я уполномочиваю сотрудников департамента DHS/управления ОНА отправлять уведомления в виде текстовых сообщений на мой (необходимо указать номер мобильного телефона):  Основной номер телефона  Номер дополнительного телефона

- ★ 5. Проживает ли кто-либо из лиц по другому адресу, отличному от адреса проживания основного контактного лица (вас)?

ДА, заполните раздел (-ы) ниже.  НЕТ, перейдите к вопросу 6.

**Кто проживает по другому адресу?**

Имя и фамилия	Дата рождения	
Домашний адрес (укажите номер квартиры)		
Город	Штат	Почтовый индекс
Округ	Страна	

**Отметьте все, что применимо:**

Это лицо проживает по другому адресу, однако оно входит в одну и ту же группу налогоплательщиков, что и один из заявителей.

Этот человек временно отсутствует. Причина:

Обучение в высшем учебном заведении  Проживание в учреждении сестринского ухода  Лечение в стационаре

Участие в программе по вопросам трудоустройства Jobs Corps  Заключение под стражу или нахождение в тюрьме штата или округа

Медицинское учреждение, предоставляющее обслуживание по месту жительства  Другое: \_\_\_\_\_

Если вам необходимо указать большее количество лиц, приложите дополнительные листы бумаги.

**ЭТАП 2****Дополнительные вопросы о членах вашего семейного хозяйства, продолжение**

★ = Заполнить обязательно

- ★ 6. Есть ли в вашей семье беременные?
- 
- ДА, укажите их ниже.
- 
- НЕТ

*Даже если беременная еще не посещала врача, укажите наиболее вероятную, по вашему мнению, дату ожидаемых родов.*

Имя	Фамилия	Дата рождения	Дата родов	Рождение какого количества детей ожидается? Если неизвестно, не заполняйте эту графу

- ★ 7. В течение последних трех месяце закончилась ли чья-либо беременность рождением живого ребенка или выкидышем? Если эта женщина недавно была беременной, она может иметь право на дополнительное страхование или дополнительное обслуживание.

 ДА, укажите этих лиц ниже.  НЕТ

Имя	Фамилия	Дата рождения	Дата разрешения беременности

- ★ 8. Необходимо ли вам изменить ситуацию, чтобы избежать проявлений насилия или угроз своей безопасности?
- 
- ДА
- 
- НЕТ

- ★ 9. Вызывают ли угрозы, крик или физические повреждения со стороны вашего партнера чувство страха у вас или ваших детей?
- 
- ДА
- 
- НЕТ

**Пожалуйста, ответьте на вопросы 10–18 исключительно в отношении лиц, указанных в вашем заявлении и подающих заявление на участие в программе ОНР.**

- ★ 10. Находится ли кто-либо в настоящее время в тюремном заключении ИЛИ был ли он/она освобожден(-а) в течение последних 3 месяцев?

 ДА, укажите их ниже.  НЕТ

Имя	Фамилия	Дата рождения	Дата заключения под стражу	Дата освобождения или ожидаемого освобождения из-под стражи	Ожидается ли вынесение решения по предъявленным обвинениям?
					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

- ★ 11. Есть ли в вашей семье члены, которым исполнилось 18 лет, и являются ли эти члены вашей семьи учащимися старших классов школы, обучающимися по полной программе?
- 
- ДА, укажите этих лиц ниже.
- 
- НЕТ

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

- ★ 12. Получает ли кто-либо дополнительный доход по программе социального обеспечения (SSI)? Доход SSI является государственной программой, в рамках которой предоставляются пособия малоимущим гражданам, достигшим возраста 65 лет или старше, незрячим или лицам с ограниченными возможностями здоровья.
- 
- ДА, укажите этих лиц ниже.
- 
- НЕТ

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

★ 13. Любое лицо, подающее заявление на участие в программе льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНР), должно будет подать заявление на предоставление других льгот, на которые оно может иметь право, и использовать их. Ниже приводятся примеры других пособий:

- Пособие по безработице • Льготные пособия для бывших военнослужащих • Страховые выплаты рабочим, получившим травмы на производстве • Аннуитетные выплаты
- Пособия по программе социального обеспечения для пенсионеров в случае потери кормильца или по нетрудоспособности
- Телесные повреждения, причинённые не по вашей вине, за которые вам могут выплатить компенсацию (*эти повреждения могут быть получены на работе, дома или в автомобиле*)

★ Может ли кто-либо потенциально иметь право на получение пособия, указанного выше?

ДА, заполните таблицу ниже.  НЕТ, перейдите к вопросу 14.

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Вид пособия: \_\_\_\_\_

Подало ли лицо заявление на выплату этого пособия, или было ли удовлетворено заявление на выплату компенсации в результате урегулирования дела?  ДА  НЕТ

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Вид пособия: \_\_\_\_\_

Подало ли лицо заявление на выплату этого пособия, или было ли удовлетворено заявление на выплату компенсации в результате урегулирования дела?  ДА  НЕТ

★ 14. Считается ли какое-либо лицо незрячим или пожизненно недееспособным?  ДА, укажите этих лиц ниже.  НЕТ

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Это лицо является/имеет:  Незрячим  Пожизненная недееспособность  Является незрячим и пожизненно недееспособным

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Это лицо является/имеет:  Незрячим  Пожизненная недееспособность  Является незрячим и пожизненно недееспособным

★ 15. Нуждается ли кто-либо в помощи другого лица при ходьбе, пользовании туалетом, во время купания или одевания? Это не относится к детям, которым требуется помощь исключительно в силу их возраста.

ДА, укажите этих лиц ниже.  НЕТ

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

★ 16. Находилась ли какое-либо лицо под опекой приемных родителей в Орегоне, когда ему исполнилось 18 лет? Подростки, ранее находившиеся под опекой приемных родителей, имеют право на участие в программе ОНР до достижения ими возраста 26 лет, независимо от суммы их дохода.  ДА, укажите этих лиц ниже.  НЕТ

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_



- ★ 17. Хотите ли изменить организацию координированного обслуживания (ССО) с учётом ваших предпочтений для каждого заявителя? Если вы внесли какое-либо лицо в состав вашего семейного хозяйства, здесь вы можете выбрать организацию ССО для этого человека. Кроме того, вы можете выбрать новую организацию ССО для лиц, которые уже зарегистрированы в качестве членов плана. Организация ССО подобна местному плану медицинского здравоохранения, действующему в вашем районе. Организации ССО помогают вам воспользоваться льготами программы ОНР по месту вашего жительства. В этих организациях работает группа поставщиков медицинских услуг, таких как врачи, консультанты-психологи, медсестры и стоматологи, предлагающие свои услуги по месту вашего жительства.

Вы не должны выбирать такую организацию в настоящее время. Однако, если вы не сделаете свой выбор сейчас, мы выберем организацию ССО для вас, исходя из района вашего проживания (за исключением случаев, когда исключения, применимые к членам племени, см. Руководство по продлению срока действия договора страхования, применяются по отношению к вам). Для получения дополнительной информации о порядке выбора организации ССО в вашем районе см. Руководство по продлению срока действия договора страхования.

Имя	Фамилия	Дата рождения	Выбор организации ССО

- ★ 18. Имеет ли любое лицо в возрасте до 19 лет родителя, не указанного в настоящем заявлении?

ДА, ответьте на вопросы ниже.  НЕТ, перейдите к разделу **Этап 3** (стр. 10).

Если вы подаете заявление от имени и по поручению лица, не достигшего возраста 19 лет, и у него есть родитель, который не указан в заявлении, вам следует сотрудничать с программой штата Орегон по взысканию алиментов на содержание детей. Сотрудники программы взыскания алиментов на ребенка попросят вас предоставить дополнительную информацию об этом родителе ребенка.

Вы не должны сотрудничать с программой штата Орегон по взысканию алиментов на детей, если вы считаете, что это будет представлять угрозу вашей безопасности, безопасности вашего ребенка или других членов вашего семейного хозяйства. Вы можете указать о наличии такой угрозы безопасности, в разделе «b» ниже.

- a. Имя/фамилия ребенка, как минимум один из родителей которого не был указан в настоящем заявлении: \_\_\_\_\_ Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_
- b. Полагаете ли вы, что этот родитель может причинить вред вам или ребенку, если Сотрудники программы взыскания алиментов на ребенка попытаются установить отцовство или взыскать алименты на содержание ребенка?  ДА  НЕТ
- 
- a. Имя/фамилия ребенка, как минимум один из родителей которого не был указан в настоящем заявлении: \_\_\_\_\_ Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_
- b. Полагаете ли вы, что этот родитель может причинить вред вам или ребенку, если Сотрудники программы взыскания алиментов на ребенка попытаются установить отцовство или взыскать алименты на содержание ребенка?  ДА  НЕТ

★ 1. Требуется ли кому-либо сообщить об изменении своего статуса налогоплательщика?

ДА, ответьте на вопросы а–с в окне ниже.  НЕТ, перейдите к вопросу 3.

★ 2. Вы указываете дополнительного члена в составе вашего семейного хозяйства?  ДА, ответьте на вопросы а–с в окне ниже.  НЕТ, перейдите к вопросу 3.

Необходимо сообщать о любых изменениях в информации, предоставленной вами ранее. (Например, об изменении статуса супругов, совместно подающих налоговую декларацию, об увеличении числа иждивенцев или о потере статуса иждивенца кем-либо из лиц, ранее указанных в качестве иждивенцев.)

**а.** Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**б.** Намерено ли это лицо подать федеральную налоговую декларацию в отношении дохода за этот год?

ДА, заполните пункты i–ii.  НЕТ

**i.** Каков будет статус налогоплательщика это лица, указанный в его/ее налоговой декларации?

Лицо, не состоящее в браке  Лицо, состоящее в браке – совместная подача  Лицо, состоящее в браке – раздельная подача  
 Правомочный вдовец (вдова)  Глава домохозяйства

**ii.** Имеет ли это лицо иждивенцев?  ДА, укажите их ниже.  НЕТ

*При совместной или раздельной подаче налоговой декларации супружеской парой, его/ее супруг(-а) не может быть указан(-а) в качестве иждивенца.*

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**с.** Является ли это лицо иждивенцем, указанным в чьей-либо федеральной налоговой декларации за этот год?

ДА, заполните пункты i–ii.  НЕТ

**i.** Кто будет подавать такую декларацию? Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**ii.** Кем это лицо приходится лицу, подающему декларацию? \_\_\_\_\_

**а.** Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**б.** Намерено ли это лицо подать федеральную налоговую декларацию в отношении дохода за этот год?

ДА, заполните пункты i–ii.  НЕТ

**i.** Каков будет статус налогоплательщика это лица, указанный в его/ее налоговой декларации?

Лицо, не состоящее в браке  Лицо, состоящее в браке – совместная подача  Лицо, состоящее в браке – раздельная подача  
 Правомочный вдовец (вдова)  Глава домохозяйства

**ii.** Имеет ли это лицо иждивенцев?  ДА, укажите их ниже.  НЕТ

*При совместной или раздельной подаче налоговой декларации супружеской парой, его/ее супруг(-а) не может быть указан(-а) в качестве иждивенца.*

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**с.** Является ли это лицо иждивенцем, указанным в чьей-либо федеральной налоговой декларации за этот год?

ДА, заполните пункты i–ii.  НЕТ

**i.** Кто будет подавать такую декларацию? Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

**ii.** Кем это лицо приходится лицу, подающему декларацию? \_\_\_\_\_

**Важное примечание: Отправка подтверждающей документации может помочь нам в рассмотрении вашей информации в ускоренном порядке.** Дополнительную информацию о видах подтверждений, которые необходимо отправить, см. *Руководство по продлению срока действия договора страхования.*

★ **3. Должно ли какое-либо из лиц сообщить об изменении его статуса трудовой занятости, ИЛИ указываете ли вы в составе вашей семьи какое-либо новое лицо, получающее доход от работы по найму или от частной предпринимательской деятельности?**

- **доход от работы по найму?** Сообщите нам об общей сумме заработной платы, выплачиваемой каждым работодателем (до вычета налогов и отчислений). Не забудьте указать чаевые и комиссионные вознаграждения. Ниже приводятся примеры дохода от работы по найму: заработная плата, учёба без отрыва от работы, чаевые, доход работников надомного обслуживания, начисляемый соответствующими органами штата. Сообщите нам о том, какую заработную плату (включая чаевые, до вычета налогов) получает каждое лицо.
- **доход от частной предпринимательской деятельности?** Сообщите нам об общем доходе каждого лица от частной предпринимательской деятельности? Общий доход — это сумма денег, которую вы зарабатываете до вычета затрат, расходов или других отчислений. Укажите любые затраты, расходы или другие отчисления, связанные с ведением частной предпринимательской деятельности в вопросе 5 (стр. 13). Некоторые виды частного предпринимательства: Владение частным бизнесом, передача в дар плазмы, работа в качестве независимого подрядчика и выполнение нестандартных видов работы за деньги.

ДА, предоставьте нам информацию ниже.  НЕТ, перейдите к вопросу 4.

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Источник дохода** — имя, фамилия или название работодателя: \_\_\_\_\_  
 Если является частным предпринимателем, вид работы: \_\_\_\_\_

**c. Укажите общую сумму их дохода (до вычета налогов и отчислений) и периодичность получения ими этой суммы:**  
 \_\_\_\_\_ долл.  Еженедельно  Два раза в месяц  Ежемесячно  
 Ежеквартально. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_  
 Ежегодно. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_  
 Раз в две недели (*каждую вторую неделю*)  Только один раз – единовременная выплата  
 Другое: \_\_\_\_\_

**d. Доход от этой работы по найму:**  является постоянным  начал поступать в течение последних трех месяцев.  
*Дата первой выплаты заработной платы:* \_\_\_\_\_  
 был прекращен или прекратится в конце месяца. *Последний день оплаты:* \_\_\_\_\_

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Источник дохода** — имя, фамилия или название работодателя: \_\_\_\_\_  
 Если является частным предпринимателем, вид работы: \_\_\_\_\_

**c. Укажите общую сумму их дохода (до вычета налогов и отчислений) и периодичность получения ими этой суммы:**  
 \_\_\_\_\_ долл.  Еженедельно  Два раза в месяц  Ежемесячно  
 Ежеквартально. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_  
 Ежегодно. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_  
 Раз в две недели (*каждую вторую неделю*)  Только один раз – единовременная выплата  
 Другое: \_\_\_\_\_

**d. Доход от этой работы по найму:**  является постоянным  начал поступать в течение последних трех месяцев.  
*Дата первой выплаты заработной платы:* \_\_\_\_\_  
 был прекращен или прекратится в конце месяца. *Последний день оплаты:* \_\_\_\_\_

- ★ 4. Должен ли кто-либо из членов вашей семьи, получающих доход из нетрудовых источников, сообщить об изменении, ИЛИ указываете ли в составе вашей семьи какое-либо лицо, получающее доход из нетрудового источника? Например, пособия по безработице, пособия по программе социального обеспечения для пенсионеров или в случае потери кормильца (SSB), социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI), проценты или дивиденды, пенсии, алименты или племенные пособия. Не забудьте указать тип дохода ниже, в пункте b. Особые указания относительно алиментов, а также дополнительные примеры других видов дохода указаны в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования*.

ДА, предоставьте нам информацию ниже.  НЕТ, перейдите к вопросу 5.

**Племенной доход** — некоторые категории граждан получают доход от племени. Некоторые виды племенного дохода не признаются программой ОНР. Если вы получаете доход от племени, сообщите нам подробности об этом доходе в разделе «другой вид дохода». Например, вы можете написать: долевые отчисления на душу населения от дохода казино, или долевые отчисления от использования земли, обозначенной в качестве земли, переданной в доверительную собственность индейским племенам. Если вам известно в рамках какого государственного закона вам начисляется доход, пожалуйста, укажите его. Мы определим, признают ли ваш племенной доход в программе ОНР, на основании информации, указанной вами в разделе «другой вид дохода».

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Другой вид дохода:** \_\_\_\_\_

**c. Сообщите нам о сумме дохода (до вычета налогов и отчислений) и периодичности получения ими этой суммы:**

\_\_\_\_\_ долл.  Еженедельно  Два раза в месяц  Ежемесячно

Ежеквартально. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_

Ежегодно. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_

Раз в две недели (*каждую вторую неделю*)  Только один раз – единовременная выплата

Другое: \_\_\_\_\_

**d. Этот доход:**  является постоянным  начал поступать в течение последних трех месяцев. *Дата первой выплаты заработной платы:* \_\_\_\_\_

был прекращен или прекратится в конце месяца. *Последний день оплаты:* \_\_\_\_\_

**e. Являются ли алименты на содержание супруга(-и) источником этого дохода?**  ДА  НЕТ

Если ДА, укажите дату расторжения вашего брака или составления соглашения о раздельном проживании: \_\_\_\_\_

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Другой вид дохода:** \_\_\_\_\_

**c. Сообщите нам о сумме дохода (до вычета налогов и отчислений) и периодичности получения ими этой суммы:**

\_\_\_\_\_ долл.  Еженедельно  Два раза в месяц  Ежемесячно

Ежеквартально. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_

Ежегодно. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_

Раз в две недели (*каждую вторую неделю*)  Только один раз – единовременная выплата

Другое: \_\_\_\_\_

**d. Этот доход:**  является постоянным  начал поступать в течение последних трех месяцев. *Дата первой выплаты заработной платы:* \_\_\_\_\_

был прекращен или прекратится в конце месяца. *Последний день оплаты:* \_\_\_\_\_

**e. Являются ли алименты на содержание супруга(-и) источником этого дохода?**  ДА  НЕТ

Если ДА, укажите дату расторжения вашего брака или составления соглашения о раздельном проживании: \_\_\_\_\_

- ★ 5. Должен ли кто-либо из членов вашей семьи сообщить об изменении своих вычетов, о которых было нам сообщено, ИЛИ указываете ли в составе вашей семьи какое-либо лицо, заявляющее о разрешенных вычетах? Сюда относятся расходы, связанные с частной предпринимательской деятельностью, которые могут быть указаны в федеральной налоговой декларации.

Разрешенные вычеты — это расходы, которые могут быть заявлены в федеральной налоговой декларации для расчета скорректированного общего дохода. Например, расходы педагога, проценты по студенческому кредиту и отчисления на счет IRA, уменьшающие налогооблагаемый доход. Вы можете сообщить нам о вычете, даже если вы не планируете подавать федеральную налоговую декларацию. Налоговые вычеты могут привести к сокращению учитываемой нами суммы дохода. Понятие «налоговый вычет» не тождественно понятию «налоговый кредит». Смотрите дополнительную информацию в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования*.

Мы не можем отвечать на вопросы о том, как следует заполнять налоговые декларации. По всем вопросам относительно налоговых формуляров или разрешенных вычетов или расходов посетите веб-сайт **www.IRS.gov**. Вы можете также обратиться к специалисту по вопросам налогообложения.

ДА, предоставьте нам информацию ниже.  НЕТ, перейдите к вопросу 6.

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Вид вычета:** \_\_\_\_\_

**c. Укажите сумму и периодичность уплаты вами этой суммы:**  
 \_\_\_\_\_ долл.  Еженедельно  Два раза в месяц  Ежемесячно  
 Ежеквартально. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_  
 Ежегодно. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_  
 Раз в две недели (каждую вторую неделю)  Только один раз – единовременная выплата  
 Другое: \_\_\_\_\_

**d. Этот вычет:**  является постоянным  начал поступать в течение последних трех месяцев. *Дата произведения первой уплаты:* \_\_\_\_\_  
 был прекращен или прекратится в конце месяца. *Дата произведения последней уплаты:* \_\_\_\_\_

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Вид вычета:** \_\_\_\_\_

**c. Укажите сумму и периодичность уплаты вами этой суммы:**  
 \_\_\_\_\_ долл.  Еженедельно  Два раза в месяц  Ежемесячно  
 Ежеквартально. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_  
 Ежегодно. *Дата последнего получения:* \_\_\_\_\_  
 Раз в две недели (каждую вторую неделю)  Только один раз – единовременная выплата  
 Другое: \_\_\_\_\_

**d. Этот вычет:**  является постоянным  начал поступать в течение последних трех месяцев. *Дата произведения первой уплаты:* \_\_\_\_\_  
 был прекращен или прекратится в конце месяца. *Дата произведения последней уплаты:* \_\_\_\_\_

- ★ 6. Должны ли вы сообщить об изменении суммы годового дохода для кого-либо из членов вашей семьи, ИЛИ указываете ли в составе вашей семьи какое-либо лицо, которое получило какой-либо доход в этом году?

ДА, предоставьте нам информацию ниже.  НЕТ, перейдите к разделу **Этап 4** (стр. 15).

Если ваш месячный доход превышает установленный предельный уровень, мы можем использовать ваш годовой доход (за год). Ниже сообщите о ежегодном доходе и расходах всех лиц, указанных в бланке заявления. Убедитесь, что указанная вами сумма годового дохода включает в себя все доходы и расходы, ожидаемые в этом календарном году. Сюда относятся все доходы и расходы за этот год, даже если вы уже поменяли место работы. Например, в январе вы работали в одной компании, но уже в августе перешли на другое место работы. Годовой доход должен включать в себя доход, полученный вами от обеих работ.

Если вы имеете расходы, связанные с частной предпринимательской деятельностью, включите их в сумму разрешенных налоговых вычетов/расходов.

К нетрудовому доходу не следует относить алименты на содержание ребенка, выплаты демобилизованным военнослужащим или дополнительный доход по программе социального обеспечения (SSI). Они не учитываются при подсчете вашего годового дохода.

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Укажите их годовой доход/расходы:**

Трудовой доход и доход от частной предпринимательской деятельности: долл. \_\_\_\_\_

Пособие по программе социального обеспечения (SSB) или социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI): долл. \_\_\_\_\_

Другой нетрудовой доход (не указывайте доход от участия в программе SSB/SSDI): долл. \_\_\_\_\_

Разрешенные налоговые вычеты/расходы: долл. \_\_\_\_\_

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Укажите их годовой доход/расходы:**

Трудовой доход и доход от частной предпринимательской деятельности: долл. \_\_\_\_\_

Пособие по программе социального обеспечения (SSB) или социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI): долл. \_\_\_\_\_

Другой нетрудовой доход (не указывайте доход от участия в программе SSB/SSDI): долл. \_\_\_\_\_

Разрешенные налоговые вычеты/расходы: долл. \_\_\_\_\_

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Укажите их годовой доход/расходы:**

Трудовой доход и доход от частной предпринимательской деятельности: долл. \_\_\_\_\_

Пособие по программе социального обеспечения (SSB) или социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI): долл. \_\_\_\_\_

Другой нетрудовой доход (не указывайте доход от участия в программе SSB/SSDI): долл. \_\_\_\_\_

Разрешенные налоговые вычеты/расходы: долл. \_\_\_\_\_

**a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**b. Укажите их годовой доход/расходы:**

Трудовой доход и доход от частной предпринимательской деятельности: долл. \_\_\_\_\_

Пособие по программе социального обеспечения (SSB) или социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI): долл. \_\_\_\_\_

Другой нетрудовой доход (не указывайте доход от участия в программе SSB/SSDI): долл. \_\_\_\_\_

Разрешенные налоговые вычеты/расходы: долл. \_\_\_\_\_

**ЭТАП 4****Дополнительное медицинское страхование, продолжение**

★ = Заполнить обязательно

- ★ 1. Сообщите нам, имеет ли какое-либо совершеннолетнее лицо (в возрасте старше 18 лет), подающее заявление на медицинское страхование или получающее его, или какой-либо ребенок, проживающий в семье:
- медицинское страхование, предложение о предоставлении такого страхования или право на участие в программе такого страхования (включая стоматологическое страхование)? Отметьте «ДА», даже если это лицо не зарегистрировалось в этой программе страхования по причине ее высокой стоимости, качества страхового обеспечения или по какой-либо другой причине. Не отмечайте «ДА», если единственным страхованием этого лица является план льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНР).
  - программа медицинского страхования, действие которой было прекращено в течение последних трех месяцев?
  - страхование по программе Medicare или право на участие в программе Medicare?
- ДА, предоставьте нам информацию ниже.  НЕТ, перейдите к разделу **Этап 5** (стр. 17).

- a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_
- b. Тип медицинского страхования:**  Частное страхование  Страхование, обеспечиваемое работодателем  COBRA  Medicare  TRICARE  Страхование по программе Peace Corps  Программы медицинского страхования для бывших военнослужащих (в том числе ШАМРВА)  План медицинского страхования для пенсионеров  Medicaid/CHIP в другом штате
- c. Информация о программе страхования:** Наименование медицинской страховой компании: \_\_\_\_\_  
 Адрес компании: \_\_\_\_\_  
 Номер телефона страховой компании: \_\_\_\_\_  
 Номер страхового полиса: \_\_\_\_\_ Идентификационный номер страховой группы: \_\_\_\_\_  
 Имя, фамилия владельца страхового полиса: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 Степень родства по отношению к владельцу страхового полиса: \_\_\_\_\_
- d. Является ли это лицо зарегистрированным участником программы?**  ДА, дата начала участия: \_\_\_\_\_  
 НЕТ, дата завершения участия: \_\_\_\_\_
- e. Существуют ли какие-либо обстоятельства, препятствующие использованию указанного страхования этим лицом?**  
 ДА, по следующей причине:  Опасения по поводу безопасности  Расстояние до поставщиков медицинских услуг  НЕТ
- f. Обеспечивается ли это страхование работодателем?**  
 ДА, заполните Приложение В — страхование, обеспечиваемое работодателем (стр. 27)  НЕТ
- g. Получал ли кто-либо из членов вашего домохозяйства пособие программы Medicaid в другом штате в течение последних трех месяцев?**  
 ДА, в каком штате? \_\_\_\_\_ Дата завершения или планируемого завершения участия в программе: \_\_\_\_\_  НЕТ

- a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_
- b. Тип медицинского страхования:**  Частное страхование  Страхование, обеспечиваемое работодателем  COBRA  Medicare  TRICARE  Страхование по программе Peace Corps  Программы медицинского страхования для бывших военнослужащих (в том числе ШАМРВА)  План медицинского страхования для пенсионеров  Medicaid/CHIP в другом штате
- c. Информация о программе страхования:** Наименование медицинской страховой компании: \_\_\_\_\_  
 Адрес компании: \_\_\_\_\_  
 Номер телефона страховой компании: \_\_\_\_\_  
 Номер страхового полиса: \_\_\_\_\_ Идентификационный номер страховой группы: \_\_\_\_\_  
 Имя, фамилия владельца страхового полиса: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 Степень родства по отношению к владельцу страхового полиса: \_\_\_\_\_
- d. Является ли это лицо зарегистрированным участником программы?**  ДА, дата начала участия: \_\_\_\_\_  
 НЕТ, дата завершения участия: \_\_\_\_\_
- e. Существуют ли какие-либо обстоятельства, препятствующие использованию указанного страхования этим лицом?**  
 ДА, по следующей причине:  Опасения по поводу безопасности  Расстояние до поставщиков медицинских услуг  НЕТ
- f. Обеспечивается ли это страхование работодателем?**  
 ДА, заполните Приложение В — страхование, обеспечиваемое работодателем (стр. 27)  НЕТ
- g. Получал ли кто-либо из членов вашего домохозяйства пособие программы Medicaid в другом штате в течение последних трех месяцев?**  
 ДА, в каком штате? \_\_\_\_\_ Дата завершения или планируемого завершения участия в программе: \_\_\_\_\_  НЕТ

- a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип медицинского страхования:**  Частное страхование  Страхование, обеспечиваемое работодателем  COBRA  Medicare  TRICARE  Страхование по программе Pease Corps  Программы медицинского страхования для бывших военнослужащих (в том числе *CHAMPVA*)  План медицинского страхования для пенсионеров  Medicaid/CHIP в другом штате
- c. Информация о программе страхования:** Наименование медицинской страховой компании: \_\_\_\_\_  
 Адрес компании: \_\_\_\_\_  
 Номер телефона страховой компании: \_\_\_\_\_  
 Номер страхового полиса: \_\_\_\_\_ Идентификационный номер страховой группы: \_\_\_\_\_  
 Имя, фамилия владельца страхового полиса: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 Степень родства по отношению к владельцу страхового полиса: \_\_\_\_\_
- d. Является ли это лицо зарегистрированным участником программы?**  ДА, дата начала участия: \_\_\_\_\_  
 НЕТ, дата завершения участия: \_\_\_\_\_
- e. Существуют ли какие-либо обстоятельства, препятствующие использованию указанного страхования этим лицом?**  
 ДА, по следующей причине:  Опасения по поводу безопасности  Расстояние до поставщиков медицинских услуг  НЕТ
- f. Обеспечивается ли это страхование работодателем?**  
 ДА, заполните Приложение В — страхование, обеспечиваемое работодателем (стр. 27)  НЕТ
- g. Получал ли кто-либо из членов вашего домохозяйства пособие программы Medicaid в другом штате в течение последних трех месяцев?**  
 ДА, в каком штате? \_\_\_\_\_ Дата завершения или планируемого завершения участия в программе: \_\_\_\_\_  НЕТ

- a. Имя и фамилия:** \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип медицинского страхования:**  Частное страхование  Страхование, обеспечиваемое работодателем  COBRA  Medicare  TRICARE  Страхование по программе Pease Corps  Программы медицинского страхования для бывших военнослужащих (в том числе *CHAMPVA*)  План медицинского страхования для пенсионеров  Medicaid/CHIP в другом штате
- c. Информация о программе страхования:** Наименование медицинской страховой компании: \_\_\_\_\_  
 Адрес компании: \_\_\_\_\_  
 Номер телефона страховой компании: \_\_\_\_\_  
 Номер страхового полиса: \_\_\_\_\_ Идентификационный номер страховой группы: \_\_\_\_\_  
 Имя, фамилия владельца страхового полиса: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 Степень родства по отношению к владельцу страхового полиса: \_\_\_\_\_
- d. Является ли это лицо зарегистрированным участником программы?**  ДА, дата начала участия: \_\_\_\_\_  НЕТ, дата завершения участия: \_\_\_\_\_
- e. Существуют ли какие-либо обстоятельства, препятствующие использованию указанного страхования этим лицом?**  
 ДА, по следующей причине:  Опасения по поводу безопасности  Расстояние до поставщиков медицинских услуг  НЕТ
- f. Обеспечивается ли это страхование работодателем?**  
 ДА, заполните Приложение В — страхование, обеспечиваемое работодателем (стр. 27)  НЕТ
- g. Получал ли кто-либо из членов вашего домохозяйства пособие программы Medicaid в другом штате в течение последних трех месяцев?**  
 ДА, в каком штате? \_\_\_\_\_ Дата завершения или планируемого завершения участия в программе: \_\_\_\_\_  НЕТ



## ЭТАП 5

### Вопросы демографического характера, призванные помочь нам предоставить вам более качественное обслуживание – предоставление ответов на них НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ

**Ответы на эти вопросы предоставляются по выбору.** Ответы на эти вопросы не повлияют на решение, касающееся вашего права на получение льготного медицинского страхования. Мы задаем эти вопросы с целью обеспечить обслуживание самого высокого качества всем нашим участникам. Мы также используем эту информацию для устранения различий в обслуживании. Пожалуйста, ответьте на следующие дополнительные вопросы демографического характера в отношении лиц, подающих заявление на участие в программе ОНР. Если вы не желаете отвечать на эти вопросы, пожалуйста, выберите вариант ответа «отказываюсь отвечать». Если вам необходимо указать нескольких лиц, пожалуйста, сделайте копию раздела **Этап 5** и приложите дополнительные листы бумаги.

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

#### 1. Нуждается ли это лицо в услугах устного перевода?

ДА, ответьте на вопросы а-в ниже.  НЕТ  Неизвестно  Отказываюсь отвечать

a. Будут ли услуги сотрудника департамента DHS/управления ОНА при его наличии, свободно владеющего вашим языком, достаточными для удовлетворения ваших потребностей?  ДА  НЕТ

b. Пожалуйста, расскажите подробнее о потребностях этого лица в услугах устного перевода:

\_\_\_\_\_

#### 2. Нуждается ли это лицо в услугах сурдопереводчика или стенографиста?

ДА, ответьте на вопросы а–с ниже.  НЕТ  Неизвестно  Отказываюсь отвечать

a. Укажите вид языка сурдоперевода или вид стенограммы, который вам необходим:

- Американский язык жестов (ASL)  Язык контактных жестов пиджин (PSE)  Система точного изображения английских букв (SEE)  
 CART/стенограмма  Вспомогательный слуховой аппарат (FM частота, индукционная петля)  Другой вид сурдоперевода  
 Тактильный (для слепоглухонемых лиц)

b. Сообщите нам дополнительные подробности о виде языка сурдоперевода или стенографии, который необходим этому лицу:

\_\_\_\_\_

c. Будут ли услуги сотрудника департамента DHS/управления ОНА при его наличии, способного вести диалог с помощью предпочитаемого вами вида сурдоперевода или стенографии, достаточными для удовлетворения ваших потребностей?

ДА  НЕТ

#### 3. Насколько хорошо это лицо владеет английским языком? Очень хорошо Хорошо Не очень хорошо

Неизвестно  Отказываюсь отвечать

#### 4. Является ли это лицо глухим, или имеет ли оно серьезные нарушения слуха?

ДА, в каком возрасте эти проблемы появились? \_\_\_\_\_  НЕТ  Неизвестно  Отказываюсь отвечать

#### 5. Является ли это лицо слепым, или имеет ли оно серьезные проблемы со зрением даже при использовании очков?

ДА, в каком возрасте эти проблемы появились? \_\_\_\_\_  НЕТ  Неизвестно  Отказываюсь отвечать

#### 6. Достигло ли это лицо возраста 5 лет, испытывает ли это лицо серьезные трудности при концентрации внимания, запоминании, понимании происходящего или принятии решений в связи с наличием у него физического, психического или эмоционального расстройства?

ДА, в каком возрасте эти проблемы появились? \_\_\_\_\_  НЕТ  Неизвестно  Отказываюсь отвечать

#### 7. Если этому лицу исполнилось 5 лет, испытывает ли оно трудности при ходьбе или подъеме по лестнице?

ДА, в каком возрасте эти проблемы появились? \_\_\_\_\_  НЕТ  Неизвестно  Отказываюсь отвечать

#### 8. Если этому лицу исполнилось 5 лет, испытывает ли оно трудности при одевании или купании?

ДА, в каком возрасте эти проблемы появились? \_\_\_\_\_  НЕТ  Неизвестно  Отказываюсь отвечать

## ЭТАП 5

Вопросы демографического характера, призванные помочь нам предоставить вам более качественное обслуживание – предоставление ответов на них НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ

9. Если этому лицу исполнилось 15 лет, испытывает ли оно трудности при самостоятельном выполнении поручений? Примерами являются посещение кабинета врача или совершение покупок. Является ли это следствием физического, психического или эмоционального расстройства?

ДА, в каком возрасте эти проблемы появились? \_\_\_\_\_  НЕТ  Не знаю  Отказываюсь отвечать

10. Являются ли возможности этого лица ограниченными при выполнении каких-либо действий вследствие физического, психического или эмоционального расстройства?

ДА  НЕТ  Не знаю  Отказываюсь отвечать

11. Как это лицо определяет свою расовую, этническую, племенную принадлежность, страну происхождения или родословную?

Начало на предыдущей странице.

12. Какова этническая или расовая принадлежность этого лица? Отметьте все, что применимо.

**Американский индеец или коренной житель Аляски:**

Американский индеец  Коренной житель Аляски  Канадский инуит, метис или представитель коренного населения  Выходец из Мексики, Центральной Америки или Южной Америки

**Азиат:**

Китаец  Вьетнамец  Кореец  Хмонг  Лаосец  Филиппинец  Японец  
 Выходец из стран Юго-Восточной Азии  Азиатский индус  Выходец из других стран Азии

**Чернокожий или афроамериканец:**

Афро-американец  Африканец (*чернокожий*)  Коренной житель стран Карибского бассейна  
 Чернокожий другого происхождения

**Испаноговорящий или латиноамериканец:**

Выходец из Мексики  Выходец из Центральной Америки  Выходец из Южной Америки  
 Лицо другого латиноамериканского происхождения

**Коренной житель Гавайских островов или представитель народа островов Тихого Океана:**

Коренной житель Гавайских островов  Коренной житель острова Гуам или Чаморро  
 Коренной житель островов Самоа  Микронезиец  Коренной житель островов Тонга  
 Представитель другого народа островов Тихого Океана

**Представитель европеоидной расы:**

Выходец из Западной Европы  Выходец из Восточной Европы  Славянин  
 Выходец из стран Ближнего Востока  
 Выходец из Северной Африки  Представитель другой европеоидной расы

**другое:** \_\_\_\_\_  Неизвестно  Отказываюсь отвечать

Если одновременно указываются несколько этнических или расовых принадлежностей, пожалуйста, ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ тот ответ, который лучше всего соответствует основной характеристике этого лица.

## ЭТАП 6

### Дополнительные вопросы – заполнять НЕОБЯЗАТЕЛЬНО

Ответы на эти вопросы предоставляются по выбору. Ваши ответы на эти вопросы не повлияют на решение, касающееся ваших льгот.

1. Если вы не зарегистрированы в качестве избирателя по вашему текущему адресу, желаете ли вы подать заявку на регистрацию в качестве избирателя сегодня? Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации не повлияет на объём ваших льгот, предоставляемых этой службой.

ДА  НЕТ

Если вы считаете, что кто-то пытался лишить вас права на регистрацию для участия в голосовании или на отказ от регистрации для участия в голосовании, ваше право на неприкосновенность частной жизни при принятии решения о регистрации или подаче заявления на регистрацию для участия в голосовании, или ваше право выбирать свою собственную политическую партию или иметь другие политические предпочтения, вы можете подать жалобу государственному секретарю штата Орегон, позвонив по телефону **503-986-1518** или отправив электронное письмо по адресу **elections.sos@state.or.us**.

2. Является ли кто-либо из членов вашего домохозяйства военнослужащим, находящимся на действительной военной службе, или служил ли кто-либо из них в вооруженных силах?  ДА, укажите этих лиц ниже.  НЕТ

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Если ДА, желает ли это лицо, чтобы с ним связался представитель Управления по делам бывших военнослужащих относительно других ресурсов, которые могут быть ему доступны?  ДА  НЕТ

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Если ДА, желает ли это лицо, чтобы с ним связался представитель Управления по делам бывших военнослужащих относительно других ресурсов, которые могут быть ему доступны?  ДА  НЕТ

## Ваши права и обязанности

В этом разделе вы ознакомитесь со своими правами и обязанностями. Ваши «права» представляют собой согласие Департамента социального обеспечения (DHS) штата Орегон (ОНА) и Управления здравоохранения штата Орегон на предоставление вам определённых услуг. Ваши «обязанности» представляют собой действия, которые вы соглашаетесь выполнять при подаче заявления на участие в программе льготного медицинского страхования.

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с этой информацией. Вы можете обратиться к сотрудникам департамента DHS за помощью в разъяснении вам сути этой информации. При наличии каких-либо неясностей задавайте вопросы. Вы можете позвонить по тел. **1-800-699-9075** (телетайп 711), чтобы задать вопросы. Вы соглашаетесь выполнять некоторые условия, когда вы (*и члены вашей семьи*) пользуетесь льготами, предоставляемыми департаментом DHS или управлением ОНА. Если вы столкнётесь с переплатой пособий, вы можете потерять эти пособия или должны будете возратить сумму переплаты в департамент DHS или управление ОНА.

Дополнительная информация о ваших правах и обязанностях указана в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования. Руководство по продлению срока действия договора страхования* было вложено в конверт, в котором вы получили этот бланк заявления. Вы можете также найти его в Интернете по адресу: <http://bit.ly/renewohp1>. Кроме того, вы можете позвонить по тел. **1-800-699-9075 (телетайп для слабослышащих 711)** для того, чтобы сделать запрос на предоставление вам копии *Руководства по продлению срока действия договора страхования*.

### Ваши права (услуги, предоставление которых вы можете ожидать от департамента DHS и управления ОНА):

- Сотрудники департамента DHS и управления ОНА будут относиться к вам уважительно, справедливо и вежливо.
- Вы можете ознакомиться с нашим «Уведомлением об использовании конфиденциальной информации» в Интернете по адресу <https://apps.state.or.us/Forms/Served/mr2090.pdf> или на информационных досках в отделениях департамента DHS.
- Вы можете попросить о предоставлении вам помощи в подаче заявления, заполнении бланков и сообщении об изменениях на предпочитаемом вам языке.
- Сотрудники департамента DHS и управления ОНА предоставят вам информацию в понятном для вас формате и на понятном языке.
- Сотрудники департамента DHS и управления ОНА сделают все возможное для удовлетворения ваших особых потребностей, если вы имеете ограниченные возможности. Сотрудники департамента DHS и управления ОНА выполняют требования закона о защите прав граждан США с ограниченными возможностями, а также раздела 504 Закона о реабилитации.
- **Ваше право на проведение слушания:**
  - » Если вы не согласны с решением, принятым управлением ОНА или департаментом DHS по вопросу о предоставлении вам права на льготное медицинское страхование, вы имеете право подать запрос о проведении слушания.
  - » Вы можете сделать запрос на слушание, если не получите от нас письмо с решением в течение 45 дней.
  - » Вы имеете право на выбор уполномоченного представителя, который во время слушания будет действовать от вашего имени.
  - » Вы можете сделать запрос о назначении слушания, обратившись с просьбой письменно или по телефону **1-800-699-9075 (телетайп для слабослышащих 711)**.
  - » Если вы желаете подать запрос на проведение слушания, вы должны сделать это в течение 90 дней с момента получения вами уведомления о наличии у вас права на льготное медицинское страхование (*по почте или эл. почте*). Срок подачи заявления о проведении слушания не изменится даже в том случае, если вы свяжетесь с нами.
  - » Если вас обслуживают на дому, в учреждении по месту жительства или в учреждении сестринского ухода, право на слушание в отношении требований по возмещению затрат из средств наследственного имущества не предусмотрено. См. раздел «Возмещение затрат из средств наследственного имущества» в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования* для получения дополнительной информации о программе возмещения стоимости медицинского обслуживания из средств наследственного имущества.

### Ваши обязанности (условия, которые вы должны выполнять):

#### Вы должны:

- Предоставлять департаменту DHS и управлению ОНА правдивую, достоверную и полную информацию.
- Представлять подтверждения некоторых сообщаемых вами сведений. При необходимости, если вы не можете предоставить подтверждения, вы должны позволить нам связаться с другими лицами или службами с целью получения необходимого подтверждения.
- Позволять сотрудникам департамента DHS и управления ОНА посещать ваш дом для получения информации по вашему делу.
- Сообщать об изменениях в департамент DHS и управление ОНА.
- В случае, если ваше личное дело будет выбрано для проверки, помогать сотрудникам департамента DHS и управления ОНА в получении подтверждений. Выбор личных дел для проведения проверки является произвольным.

- Разрешать разглашение содержания ваших записей об уплате алиментов на ребенка, хранящихся в документах Управления юстиции и Отдела по взысканию алиментов на содержание детей, департаменту DHS и управлению ОНА, за исключением случаев наличия у вас уважительной причины не делать этого.
- Подавать заявления на предоставление определенных льгот или денежных пособий, на получение которых вы имеете право, а также на право пользоваться ими. С примерами таких льгот или денежных пособий можно ознакомиться в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования*.
- Сообщать об определенных изменениях в сведениях, предоставленных вами в настоящем заявлении. После удовлетворения вашего заявления на предоставление льгот, вы получите уведомление, в которое будет включена информация о порядке и сроках оповещения об изменениях. Ознакомьтесь с дополнительной информацией о порядке сообщения об изменениях в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования*.
- Сообщать поставщикам медицинских услуг (*врачу, в клинику, аптеку или больницу*) о наличии у вас дополнительного страхования, прежде чем вам предоставят обслуживание. Смотрите дополнительную информацию в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования*.
- Сообщать в подразделение по вопросам удержания средств в делах о причинении личного вреда (Personal Injury Liens Unit), если **вы или любой член вашей семьи**:
  - » пользуетесь медицинской помощью или участвуете в программе льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНП); **а также**
  - » подали иск против физического лица за причинение вам личного вреда.
- Автоматически передавать департаменту DHS и управлению ОНА право на получение платежей от других лиц, которые по закону несут ответственность за оплату любых ваших медицинских расходов. Это относится ко всем, кто пользуется медицинским страхованием, предлагаемым департаментом DHS или управлением ОНА. Это называется «переуступкой платежей» департаменту DHS или управлению ОНА и организациям ССО. Ознакомьтесь с дополнительной информацией о переуступке платежей в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования*.

## Дополнительная информация

### Использование номера социального обеспечения (SSN)

В этих федеральных законах и нормативных актах говорится о том, что любое лицо, подающее заявление на предоставление медицинских льгот, должно предоставить свой номер SSN, при его наличии: Федеральные законы – раздел 42 Кодекса законов США USC 1320b-7(a), раздел 7 Кодекса законов США USC 2011-2036, раздел 42 Свода федеральных правил CFR 435.910, раздел 42 Свода федеральных правил CFR 435.920 и раздел 42 Свода федеральных правил CFR 457.340(b). Указывая свой номер SSN в заявлении, вы даете разрешение Управлению здравоохранения штата Орегон (ОНА) или Департаменту социального обеспечения (DHS) использовать его и сообщать его другим лицам и организациям по следующим причинам:

- Департамент DHS и управление ОНА будут использовать ваш номер SSN, чтобы определить, имеете ли вы право на льготы. Мы будем использовать ваш номер SSN в следующих целях:
  - » Подтверждение суммы вашего дохода
  - » Подтверждение суммы ваших активов
  - » Соответствие информации документации служб штата и федерального правительства, таких как:
    - Налоговое управление США (IRS)
    - Администрация социального обеспечения
    - Программа Medicaid
    - Пособий по безработице
    - Служба взыскания алиментов на ребенка
    - Другие программы государственной помощи
- Департамент DHS и управление ОНА могут использовать ваш номер SSN для подготовки сбора информации или составления отчетов по запросу сторон, финансирующих социальные программы, при подаче вами заявления или во время получения пособий.
- В департаменте DHS и управлении ОНА могут использовать или передавать ваш SSN:
  - » если он необходим нам для работы программы, для участия в которой вы подаете заявление или из средств которой вы получаете пособия;
  - » с целью проведения проверок и повышения качества работы;
  - » с целью подтверждения правильности назначенной суммы пособий и возврата возникшей переплаты пособий;
  - » с целью подтверждения того, что ни один из членов семьи не получает пособия как член другого семейного хозяйства.

Если какое-либо лицо не имеет номера SSN и желает получить такой номер, ему следует посетить веб-сайт [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) для получения информации о порядке подачи заявления на присвоение номера.

## Подтверждение суммы дохода и активов

Информация, представленная вами в настоящем формуляре о доходах и активах, подлежит рассмотрению и проверке со стороны федеральных, местных должностных лиц и должностных лиц штата. При определении вашего права на получение медицинской помощи департамент DHS и управление ОНА используют следующие системы:

- Система федерального центра обработки данных (FDSH)
- Система проверки суммы активов (AVS)
- Система подтверждения суммы дохода и соответствия критериям (IEVS)

Для получения дополнительной информации о порядке подтверждения сумм вашего дохода и активов см. *Руководство по продлению срока действия договора страхования*.

## Программа взыскания алиментов на ребенка

Когда вы обеспечены медицинским страхованием, вам, возможно, придется сотрудничать со службой штата по взысканию алиментов на содержание ребенка, если у вашего ребенка отсутствует один родитель. При наличии у вас уважительной причины могут применяться исключения. Для получения дополнительной информации о работе с службой по взысканию алиментов на содержание ребенка и уважительных причинах см. *Руководство по продлению срока действия договора страхования*.

## Программа возмещение стоимости медицинского обслуживания из средств наследственного имущества

В отношении всех лиц, пользующихся долгосрочным обслуживанием, предоставляемым департаментом DHS или управлением ОНА, могут сделать запрос на компенсацию средств после их смерти из их наследственного имущества для оплаты услуг и поддержки, которую они получали. Программой удержания средств из наследственного имущества предусматривается множество исключений. Для получения дополнительной информации см. раздел «Возмещение затрат за счет наследственного имущества» в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования*.

## Штрафные санкции за передачу активов во владение другого лица

Вы можете лишиться права на обеспечение медицинским страхованием некоторых медицинских услуг, если вы передадите актив на сумму меньшую, чем его реальная рыночная стоимость. В случае, если вы продаете либо отдаете актив, мы называем такой случай передачей актива. Для получения дополнительной информации о штрафных санкциях, связанных с передачей активов, см. *Руководство по продлению срока действия договора страхования*.

## Наши правила о недопущении дискриминации

Департамент социального обеспечения (DHS) и Управление здравоохранения штата Орегон (ОНА) никого не подвергают дискриминации. Это означает, что департамент DHS и управление ОНА окажут помощь каждому лицу, имеющему на это право. Департамент DHS и управление ОНА не будут проявлять к кому-либо иное отношение на основании любой из следующих характеристик:

- Возраст
- Национальное происхождение
- Наличие ограниченных возможностей
- Расовая принадлежность
- Пол
- Сексуальная ориентация\*
- Цвет кожи
- Религиозные убеждения
- Семейное положение

Вы можете подать жалобу, если вы считаете, что департамент DHS или управление ОНА обращались с вами иначе по какой-либо из вышеперечисленных причин. Для подачи жалобы вы можете позвонить или написать в отдел по защите прав человека при кабинете губернатора:

Governor's Advocacy Office  
500 Summer Street NE, E17  
Salem, OR 97301  
503-945-6904  
1-800-442-5238, телетайп для слабослышащих 711  
Эл. почта: [DHS.info@dhsosha.state.or.us](mailto:DHS.info@dhsosha.state.or.us)

Равные возможности для всех — это закон!

Мы сотрудничаем с Министерством сельского хозяйства США (USDA) и Министерством здравоохранения и социальных служб США (HHS). Оба министерства являются работодателями и поставщиками услуг, предоставляющими равные возможности. Для лиц с ограниченными возможностями по запросу могут быть предоставлены дополнительные услуги и помощь.

Для подачи жалобы в министерство USDA и HHS, пожалуйста, прочтите документ «Информация о подаче жалобы на основании дискриминации клиента» («Client Discrimination Complaint Information») (DHS 9001, <https://apps.state.or.us/forms/served/dr9001.pdf>).

\*Сексуальная ориентация защищена властями штата, но не федеральными законами.

**Подписывая это заявление, я соглашаюсь с утверждениями ниже:**

- Я подписываю это заявление, понимая об ответственности за дачу ложных показаний. Это означает, что насколько мне известно, мной были предоставлены правдивые, достоверные и полные ответы на все вопросы, содержащиеся в данном бланке заявления. Я знаю, что в соответствии с федеральным законом в случае предоставления мной ложной и/или недостоверной информации, я буду подлежать наказанию в виде штрафа и/или нести ответственность за возврат переплаченных денежных средств.
- Я понимаю права и обязанности, изложенные в настоящем бланке заявления, и соглашаюсь с ними, а также в *Руководстве по продлению срока действия договора страхования*.
- Я понимаю и соглашаюсь с информацией в разделе «Ознакомьтесь и подпишите» настоящего бланка заявления (**Этап 7**), а также в разделе «Ознакомьтесь и подпишите» *Руководства по продлению срока действия договора страхования*.
- В департаменте DHS и управлении ОНА могут пересмотреть мое дело. Это может включать в себя посещение моего места жительства сотрудниками департамента DHS.
- В департаменте DHS и управлении ОНА будут использовать компьютерные базы данных и системы штата и федерального правительства для проверки информации, предоставленной мной в настоящем бланке заявления.
- Сотрудники департамента DHS и управления ОНА могут предоставить информацию, содержащуюся в настоящем заявлении следующим службам:
  - » Федеральным службам и службам штата, проводящим аудит.
  - » Федеральным органам, органам штата и частным агентствам по взысканию платежей при необходимости возврата пособий DHS или ОНА.
- В департаменте DHS и управлении ОНА могут использовать сведения обо мне для осуществления других программ государственной помощи, в рамках которых мне предоставляется помощь департамента DHS или управления ОНА.
- Я подтверждаю, что получил(-а) согласие от всех членов моего домохозяйства на разглашение их информации и получение сообщений об их правомочности и регистрации.

**Подтверждение и подпись**

Подписывая этот документ, я подтверждаю, что:

- Я ознакомился(-лась) с содержанием раздела «Ознакомьтесь и подпишите» выше и понимаю его суть, а также с разделом «Ознакомьтесь и подпишите» *Руководства по продлению срока действия договора страхования (формуляр ОНР 9325)*.
- Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы можете поставить свою подпись здесь только в том случае, если вы и заявитель заполнили и подписали бланк документа «Сведения об уполномоченном представителе» (<http://bit.ly/authrep2>).

Имя и фамилия печатными буквами ★	Подпись ★	Сегодняшняя дата (ММ/ДД/ГГГГ) ★
--------------------------------------	--------------	------------------------------------

Относится ли указанная ниже информация к любому из членов вашего домохозяйства, подающих заявление на участие в льготной программе ОНР?

- Участие в программе Medicare или право на участие в ней
- 65 лет или старше
- Запрос на предоставление долгосрочного обслуживания

ДА  НЕТ

Если ДА, нам, возможно, потребуется установить, имеет ли это лицо право на участие в программах на основании возраста или наличия у него нарушений зрения или ограниченных возможностей здоровья. Если мы решим установить наличие у лица права на участие в этих программах, мы попросим вас предоставить информацию в этом приложении. Вы не обязаны отвечать на эти вопросы сейчас, однако ваши ответы могут ускорить процесс продления срока действия договора страхования.

1. Сообщите нам о ресурсах, имеющихся у вас и у членов вашего домохозяйства. К таким ресурсам могут относиться: Наличные денежные средства, ваши деньги, хранимые другими лицами, расчетный счет(-ы), сберегательный счет(-ы), акции, облигации, деньги в сейфе, договоры купли-продажи, имущественные фонды, пенсионные фонды, срочный депозитный сертификат, личные/резервные фонды, ценные бумаги, трастовые и аннуитетные счета и трастовые фонды.

Ресурс	Местонахождение и номер счета	На чье имя зарегистрирован ресурс?	Сумма или стоимость
			\$
			\$
			\$
			\$

2. Владеет ли кто-либо из членов вашего домохозяйства транспортным средством? Указывайте автомобили, грузовики, мотоциклы, лодки, передвижные дома, другие моторизованные транспортные средства, прицепы, сельскохозяйственную или рабочую технику.  ДА  НЕТ

Транспортное средство (марка/модель/год)	Владелец	Стоимость на настоящий момент времени	Сумма задолженности по кредиту
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

3. Владеет ли кто-либо из членов вашего домохозяйства недвижимым имуществом? К недвижимому имуществу может относиться дом, в котором вы проживаете, рабочая или сдаваемая в аренду собственность или загородный дом.

ДА, пожалуйста, укажите ниже. При наличии нескольких единиц недвижимого имущества, пожалуйста, сделайте копию этой страницы и укажите дополнительные единицы имущества.

НЕТ

Вид имущества:					
Адрес недвижимого имущества (улица, дом):					
Город:		Штат:		Почтовый индекс:	
				Округ:	
а. Стоимость на настоящий момент времени: _____ Сумма задолженности по кредиту: _____		Ежемесячные платежи: _____			
б. Налог на недвижимость (если не включен в сумму ежемесячного платежа): _____					
в. Страхование на случай пожара: (если не включено в сумму ежемесячного платежа): _____					
г. Владелец: _____					
е. Использование недвижимого имущества (помещение для работы, загородный дом, арендуемая собственность и т.д.): _____					
ф. Находится ли это имущество в пожизненном владении? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					



4. **Передача имущества: Продавали, обменивали, отдавали или передавали ли вы или любой другой заявитель (в том числе в трастовый фонд или из него) любое из указанного ниже имущества: личное имущество, деньги, недвижимое имущество (землю, здания или долю пожизненного владения имуществом) или вырученную сумму от ссуды собственного капитала дома в течение последних 60 месяцев (5 лет)?**

ДА, предоставьте нам информацию ниже.  НЕТ

Описание имущества	Дата передачи	Стоимость в момент передачи	Полученная сумма	Сумма, которую должны уплатить вам	Сумма, получаемая в месяц
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

Является ли любой случай передачи имущества, указанный выше, следствием расторжения брака?  ДА  НЕТ

Если передано в трастовый фонд или из него, может ли он подлежать отмене?  ДА  НЕТ

Имя адвоката: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

5. **Имеет ли кто-либо из членов домохозяйства предоплаченный договор о захоронении или оплате похоронных услуг?**  
 ДА  НЕТ

Имя и фамилия лица, имеющего предоплаченный договор о захоронении: \_\_\_\_\_

Название и местонахождение похоронного бюро: \_\_\_\_\_

Укажите текущую стоимость плана захоронения/оплаты похоронных услуг? (в долларах) \_\_\_\_\_

Каким образом осуществляется финансирование соглашения об оказании похоронных услуг с их предварительной оплатой?

- Страховое обеспечение погребения  Безотзывный траст  Аккредитованное похоронное бюро  Отзывной траст  
 Фонд пособий на похороны

Имя и фамилия лица, имеющего предоплаченный договор о захоронении: \_\_\_\_\_

Название и местонахождение похоронного бюро: \_\_\_\_\_

Укажите текущую стоимость плана захоронения/оплаты похоронных услуг? (в долларах) \_\_\_\_\_

Каким образом осуществляется финансирование соглашения об оказании похоронных услуг с их предварительной оплатой?

- Страховое обеспечение погребения  Безотзывный траст  Аккредитованное похоронное бюро  Отзывной траст  
 Фонд пособий на похороны

6. **Является ли кто-либо из членов домохозяйства владельцем полиса страхования жизни или ритуального страхования?**  ДА  НЕТ

Имя и фамилия застрахованного лица: \_\_\_\_\_

Вид страхования(пожизненное страхование на случай смерти, срочное страхование жизни, ритуальное страхование):  
 \_\_\_\_\_

Какова номинальная стоимость этого плана страхования? (в долларах) \_\_\_\_\_

Имя и фамилия застрахованного лица: \_\_\_\_\_

Вид страхования(пожизненное страхование на случай смерти, срочное страхование жизни, ритуальное страхование):  
 \_\_\_\_\_

Какова номинальная стоимость этого плана страхования? (в долларах) \_\_\_\_\_

7. Платите ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства за расходы на жилье?  ДА  НЕТ

а. Если ДА, общая сумма платы: (в долларах) \_\_\_\_\_

- Сколько платите вы? (в долларах) \_\_\_\_\_

- Кто еще оплачивает эти расходы? \_\_\_\_\_ Сумма, вносимая другим лицом? (в долларах) \_\_\_\_\_

б. Включены ли в расходы коммунальные услуги?

ДА, сообщите нам об этих коммунальных услугах, не входящих в сумму, указанную выше.  НЕТ

Вода и канализация: \$ \_\_\_\_\_  Сбор мусора: \$ \_\_\_\_\_  Электроэнергия: (в долларах) \_\_\_\_\_

Природный газ: \$ \_\_\_\_\_  Другие коммунальные услуги: \_\_\_\_\_ Сумма: (в долларах) \_\_\_\_\_

с. Оплачиваете ли вы стоимость отопления или охлаждения помещения в дополнение к стоимости жилья?  ДА  НЕТ

д. Оплачивает ли кто-либо из членов вашего домохозяйства какую-либо часть расходов на коммунальные услуги в месте вашего проживания?  ДА  НЕТ

Лицо, которое оплачивает	Коммунальная услуга	Периодичность оплаты	Сумма
			\$
			\$
			\$
			\$

8. Оплачивает ли кто-либо из членов вашего домохозяйства медицинские расходы? Вы не должны сообщать нам о своих медицинских расходах, однако, если вы сообщите нам о них, это может сократить сумму, которую вы платите за долгосрочное обслуживание. К примерам относятся расходы на рецептурные препараты, страховые взносы, доплаты и т.д.

ДА, предоставьте нам информацию ниже.  НЕТ

Лицо, которое оплачивает	Тип расходов	Периодичность оплаты	Сумма
			\$
			\$
			\$
			\$

## ПРИЛОЖЕНИЕ В Страхование, обеспечиваемое работодателем — заполнять НЕОБЯЗАТЕЛЬНО

Заполнение этого документа необязательно и никаким образом не повлияет на решение о выплате вам пособий.

Приведите ниже информацию, относящуюся к каждому из работодателей, предлагающих медицинское страхование. Эта страница — средство, предоставляемое вашему работодателю с тем, чтобы помочь ему ответить на вопросы, относящиеся к предлагаемому работодателем страхованию.

### 1. Кого из заявителей принимает на работу этот работодатель?

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

### 2. Информация о работодателе:

а. Имя и фамилия или наименование работодателя: \_\_\_\_\_

б. Имя и фамилия лица, к которому мы можем обращаться в управлении вашего работодателя по вопросу об указанном медицинском страховании:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

По телефону: \_\_\_\_\_ Доб.: \_\_\_\_\_ Эл. почта: \_\_\_\_\_

### 3. Предлагает ли этот работодатель медицинское страхование в текущем году? ДА НЕТ

4. Какова будет сумма ежемесячного страхового взноса для участия в самой дешевой программе медицинского страхования, предлагаемой только служащим (не включающей страхование членов семьи) и удовлетворяющей минимальному стандарту объема страхования\*? Если работодатель предлагает программы для укрепления здоровья, укажите размер страхового взноса, который служащий должен будет уплатить при наличии максимальной скидки за участие в программах отказа от курения, но не пользуясь какими-либо другими скидками, предусмотренными в отношении программ для укрепления здоровья.

Сумма страхового взноса: (в долларах) \_\_\_\_\_  Я не знаю

Как часто следует платить взнос:  Еженедельно  Каждую вторую неделю  Ежемесячно  Два раза в месяц  Другое: \_\_\_\_\_

5. Зарегистрировано ли указанное лицо в настоящее время в качестве участника этой программы медицинского страхования?  ДА  НЕТ

6. Предлагает ли этот работодатель страхование для супруга (супруги) и (или) иждивенцев?  ДА  НЕТ

### 7. Изменятся ли условия этого страхования в следующем году?

ДА, сообщите, каким образом.  НЕТ  Мне не известно, будут ли внесены какие-либо изменения этим работодателем

Работодатель больше не будет предлагать это страхование

Работодатель изменит размеры страховых взносов. Размер страховых взносов, взимаемых с зарегистрированного участника самой дешевой программы страхования, удовлетворяющей минимальному стандарту объема страхования,\* предлагаемого только служащим (но не членам их семей), составит:

Сумма страхового взноса: (в долларах) \_\_\_\_\_  Я не знаю

Как часто следует платить взнос:  Еженедельно  Каждую вторую неделю  Ежемесячно  Два раза в месяц  Другое: \_\_\_\_\_

Когда это изменение вступит в силу? \_\_\_\_\_  Я не знаю

8. Регистрируется ли указанное лицо в качестве участника программы страхования, предлагаемой работодателем в следующем году?

ДА, когда? \_\_\_\_\_  НЕТ

9. Ожидается ли прекращение страхования указанного лица по программе работодателя в следующем году?

ДА, когда? \_\_\_\_\_  НЕТ

\* «Минимальный стандарт объема страхования» достигается, если по программе работодателя оплачиваются 60% или более итоговой допустимой стоимости обслуживания (см. раздел 36B(c)(2)(C)(ii) Налогового кодекса США 1986 г.)

(711) 800-699-9075

www.OHP.Oregon.gov



OHP 7310 (04/20) Russian