



## Руководство по оформлению заявлений

Ваше руководство по оформлению заявления для участия в плане льготного медицинского страхования штата Орегон

Получите дополнительные сведения о плане льготного медицинского страхования штата Орегон или подайте заявление на веб-сайте [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov)

Do you need materials in this packet in a different format or language? We can help. Please call us at **1-800-699-9075** (TTY 711) or you can email your request to [altformat.app@state.or.us](mailto:altformat.app@state.or.us). Alternative formats include large print, Braille, audio recordings, web-based communications and other electronic formats.

¿Necesita los materiales de este paquete en otro formato o idioma? Podemos ayudarle. Llámenos al **1-800-699-9075** (TTY [personas con problemas auditivos] 711) o envíenos un mensaje a [altformat.app@state.or.us](mailto:altformat.app@state.or.us) con su pedido. Entre los formatos alternativos se hallan: letra grande, Braille, grabaciones de audio, comunicaciones basadas en Internet y otros formatos electrónicos.

Если материалы данного пакета нужны вам в другом формате или на другом языке, мы можем помочь. Пожалуйста, звоните нам по телефону **1-800-699-9075** (телетайп для слабослышащих - 711). Вы также можете выслать ваш запрос на эл. ящик: [altformat.app@state.or.us](mailto:altformat.app@state.or.us). Альтернативный формат – это документы, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля, в аудио записи, общение по интернету или других электронных форматах.

Quý vị có cần tài liệu trong tập hồ sơ này bằng một hình thức hoặc ngôn ngữ khác? Chúng tôi có thể giúp đỡ. Xin gọi điện thoại cho chúng tôi tại số **1-800-699-9075** (TTY- điện thoại dành cho người điếc hoặc khuyết tật về phát âm-711) hoặc quý vị có thể email yêu cầu của quý vị về [altformat.app@state.or.us](mailto:altformat.app@state.or.us). Hình thức thay thế bao gồm in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille, băng thu âm, truyền tin trên trang mạng và các hình thức điện tử khác.

# Contents

Зачем нужно это руководство?.....	3
Вам нужна помощь по заполнению заявления? .....	3
Что представляет собой план льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНР)? .....	3
Как долго мне придется ждать, прежде чем станет известно, каким страхованием я могу пользоваться?.....	3
Обязательные вопросы.....	3
<b>ЭТАП 1 — укажите информацию о себе.....</b>	<b>4</b>
Имя, фамилия согласно документам и предпочитаемое имя .....	4
гендерная идентичность .....	4
Если вы подаете заявление на своё участие в программе льготного медицинского страхования штата Орегон ОНР, имеете ли вы номер социального обеспечения (SSN)? .....	4
Адрес электронной почты.....	4
Домашний адрес .....	4
Почтовый адрес.....	4
Желаете ли вы выбрать уполномоченного представителя или одного или нескольких альтернативных получателей ваших платежей?.....	5
Вопросы, связанные с подачей налоговой декларации .....	5
Медицинское обслуживание в прошлом. ....	5
Программы на основании возраста или наличия нарушений зрения или ограниченных возможностей здоровья .....	5
Подаете ли вы заявление на предоставление вам возможности участвовать в льготной программе медицинского страхования ОНР? Если вы уже участвуете в программе льготного медицинского страхования ОНР, желаете ли вы продолжать участвовать в ней? .....	5
Информация о племенной принадлежности.....	5
Имеете ли вы один из иммиграционных статусов, перечисленных ниже? .....	6
<b>ЭТАП 2 — дополнительные члены домохозяйства .....</b>	<b>7</b>
Кем приходится вам ( <b>основному контактному лицу</b> ) лицо № 2 .....	7
Если вы не являетесь родителем или отчимом/мачехой лица № 2, являетесь ли вы основным опекуном этого лица? .....	7
<b>ЭТАП 3 — доходы и вычеты .....</b>	<b>8</b>
Доход от работы .....	8
Доход из других источников.....	8
Вычеты .....	8
Годовой доход.....	8
<b>ЭТАП 4 — дополнительные вопросы о членах домохозяйства .....</b>	<b>9</b>
Проживает ли кто-либо из лиц, указанных в заявлении, по другому адресу, отличному от адреса проживания основного контактного лица ( <b>вас</b> )?.....	9
Беременна ли какая-либо заявительница? .....	9
В течение последних трех месяцев закончилась ли беременность одной из заявительниц рождением ребенка или потерей плода? .....	9
Сообщите, какую организацию координированного обслуживания (ССО) вы предпочитаете для каждого заявителя: .....	10
<b>ЭТАП 5 — текущее медицинское страхование .....</b>	<b>11</b>
<b>ЭТАП 8 — ознакомьтесь и подпишите.....</b>	<b>11</b>
Ваши права и обязанности .....	11
Сообщение о произошедших изменениях.....	13
Если вы имеете другое страхование .....	13
Назначение платежей и залоговых обязательств.....	13
Дополнительная информация .....	14
Подтверждение суммы дохода и активов.....	14
Штрафные санкции за передачу активов во владение другого лица.....	15
Подтверждение и подпись .....	16
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А — обслуживание престарелых и лиц с ограниченными возможностями здоровья (программа Medicare).....</b>	<b>16</b>

---

## Зачем нужно это руководство?

В этом руководстве представлена информация и указания по заполнению большинства разделов *Заявления на участие в плане льготного медицинского страхования штата Орегон*. Если у вас возникли вопросы относительно определенного раздела, не упомянутого в этом руководстве, пожалуйста, звоните нам по тел. **1-800-699-9075** (телетайп для слыбослышащих 711).

---

## Вам нужна помощь по заполнению заявления?

Сертифицированные местные партнеры нашей организации могут помочь вам в заполнении заявления. Такая помощь предоставляется бесплатно.

Посетите сайт **www.OregonHealthCare.gov** для того, чтобы найти общественных партнеров, работающих в вашем районе.

Или позвоните нам по тел. **1-800-699-9075** (телетайп для слыбослышащих 711) для получения помощи или перечня местных партнерских организаций. Вы можете также обратиться за помощью на другом языке.

---

## Что представляет собой план льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНР)?

План медицинского страхования штата Орегон (ОНР) обеспечивает страхованием медицинское обслуживание, стоматологическую помощь, лечение психических расстройств, а также лечение наркотической зависимости взрослых и детей в штате Орегон. План ОНР также известен как Medicaid.

Для получения дополнительной информации о плане ОНР посетите веб-сайт **www.ONP.Oregon.gov** или позвоните нам по тел. **1-800-699-9075** (телетайп для слабослышащих 711).

---

## Как долго мне придется ждать, прежде чем станет известно, каким страхованием я могу пользоваться?

После рассмотрения вашего заявления мы свяжемся с вами, чтобы сообщить о вашей правомочности. Если для принятия решения нам потребуется дополнительная информация, мы отправим вам соответствующее письмо. В этом письме будет указана недостающая информация и порядок её подачи.

Если вы нуждаетесь в срочной медицинской помощи либо вы беременны, позвоните нам по тел. **1-800-699-9075** (телетайп для слабослышащих 711) в любое время после подачи вашего заявления.

---

## ★ Обязательные вопросы

Обязательные вопросы отмечены звездочкой синего цвета (★). Вам требуется предоставить ответы на эти вопросы. Если вы не ответите на обязательный вопрос, процесс рассмотрения вашего заявления может затянуться.

Если для принятия решения о вашей правомочности на участие в программе медицинского страхования нам потребуется дополнительная информация, мы отправим вам уведомление, чтобы сообщить о требуемых документах.

---

## ЭТАП 1 — укажите информацию о себе.

В разделе **Этап 1** мы просим вас указать основную информацию о себе. Вы будете нашим основным контактным лицом. Заполните раздел **Этап 1** даже если Вы подаете заявление только за других членов Вашей семьи.

### 1. Имя, фамилия согласно документам и предпочитаемое имя

Ваше имя, фамилия согласно документам – имя, фамилия используемые администрацией социального обеспечения, или сообщенные в администрацию социального обеспечения в заявлении. Имя, фамилия, согласно документам, могут также быть именем, фамилией указанными в иммиграционных документах, удостоверении личности, выданном государством, или в свидетельстве о рождении.

Для проверки данных, представленных вами в заявлении, мы пользуемся электронными базами данных. При проверке этих электронных баз данных мы используем ваше имя, фамилию согласно документам. Вы можете ознакомиться с дополнительной информацией об используемых нами базах данных в разделе «Прочтите и подпишите», который начинается со страницы 11.

Мы будем использовать ваше имя, фамилию согласно документам при отправке вам уведомлений.

При обращении к нам мы будем использовать предпочитаемое вами имя. Оно не будет использовано в уведомлениях.

---

### 3. гендерная идентичность

Планом ОНР предусмотрен вопрос о гендерной идентичности в связи с тем, что ответ на него помогает нам в предоставлении вам обслуживания, наиболее точно отвечающее вашим потребностям. Вы не обязаны сообщать в план ОНР о вашей гендерной идентичности. Предоставление этой информации является добровольным и никак не отразится на вашем праве на обслуживание.

---

### 4. Если вы подаете заявление на своё участие в программе льготного медицинского страхования штата Орегон ОНР, имеете ли вы номер социального обеспечения (SSN)?

Следует обязательно указывать номер SSN любого лица, подающего заявление на участие в программе льготного медицинского страхования и имеющего этот номер. Если вы подаете заявление на пособия и у вас нет номера SSN, сообщите, по какой причине у вас нет номера SSN. Если вы желаете получить помощь в подаче заявления на присвоение номера SSN, звоните нам по тел. 1-800-699-9075.

Члены домохозяйства, не подающие заявления на пособия, не обязаны предоставлять свой номер SSN или сообщать нам о причинах, по которым у них нет этого номера. Однако предоставление нам номера SSN может ускорить процесс рассмотрения заявления. Мы используем ваш номер SSN с целью подтверждения предоставленной вами информации, например, информации об имеющемся у вас доходе.

---

### 5. Адрес электронной почты

Вы можете попросить нас отправлять вам уведомления в электронном виде. Если вы желаете получать уведомления в электронном виде, вам потребуется создать учетную запись в Интернете по адресу [www.ONH.Oregon.gov](http://www.ONH.Oregon.gov). После создания учетной записи вы можете сообщить нам о вашем предпочтении получать уведомления по эл. почте или в виде текстовых сообщений. После того, как вы подпишитесь на уведомления в электронном виде, мы отправим вам письмо с дополнительной информацией о порядке получения уведомлений в электронном формате и о том, какие уведомления будут по-прежнему отправляться обычной почтой.

---

### 8. Домашний адрес

Укажите свой домашний адрес, если у Вас таковой имеется. Не забудьте указать ваш почтовый индекс. Для того, чтобы мы могли зарегистрировать вас в качестве участника программы медицинского страхования, обслуживающей ваш район, нам должны быть известны ваш почтовый индекс и адрес места вашего проживания.

Если у вас нет адреса места проживания, пожалуйста, сообщите нам, в каком округе и штате (с указанием почтового индекса) вы проводите большую часть времени.

---

### 9. Почтовый адрес

Укажите почтовый адрес:

- если вы не получаете почту по адресу места вашего проживания; или
- если у вас нет адреса места проживания; или
- если вас беспокоит вопрос об обеспечении вашей безопасности, в том числе в связи с насилием в семье.

---

**12. Желаете ли вы выбрать уполномоченного представителя или одного или нескольких альтернативных получателей ваших платежей?**

Уполномоченный представитель имеет право выполнять от вашего имени такие действия, как заполнение заявлений и сообщение изменений.

Альтернативный получатель пособий – лицо или организация, имеющая право получать и пользоваться вашими пособиями от вашего имени. Альтернативный получатель пособий пользуется пособиями за вас, поскольку в этом заключается ваше желание или вы не в состоянии ими пользоваться. Альтернативный получатель пособий не имеет права пользоваться вашими медицинскими пособиями или пособиями, получаемыми им от вашего имени для личного пользования. Пособия, которые альтернативный получатель может получать от вашего имени, включают в себя, в числе прочих, пособие на установку пандуса для инвалидной коляски.

---

**14-15. Вопросы, связанные с подачей налоговой декларации**

Эти вопросы помогут нам определить, данные каких лиц, включая данные о доходе, нам необходимо использовать для определения того, на какие пособия вы имеете право. Мы не можем отвечать на конкретные вопросы о том, как следует заполнять налоговые декларации. Чтобы обсудить вопросы о том, как заполнять налоговые декларации, пожалуйста, посетите веб-сайт [www.irs.gov](http://www.irs.gov) или проконсультируйтесь со специалистом по налогообложению.

---

**17. Медицинское обслуживание в прошлом.**

Если вам требуется помощь в оплате медицинских счетов, выставленных за последние три месяца, вы можете сообщить нам об этом. Мы определим, имеете ли вы право на медицинское страхование за месяцы, в которые вам были выставлены счета. Если вы имеете право на страхование за эти месяцы, мы отправим вам соответствующее уведомление. В случае наличия у вас права вы можете попросить поставщика услуг выставить счет за предоставленные вам услуги в программу ОНР.

---

**18. Программы на основании возраста или наличия нарушений зрения или ограниченных возможностей здоровья**

После подачи вами заявления на медицинское пособие мы оцениваем вашу правомочность на все программы медицинского страхования. Некоторые программы медицинского страхования, которые мы принимаем во внимание, основаны на возрасте или наличии нарушений зрения или ограниченных возможностей здоровья. Если мы решим рассмотреть возможность вашего участия в этих программах медицинского страхования, мы отправим вам письмо для назначения интервью. Сведения о документах, которые потребуются предоставить во время интервью, указаны в **Приложении А**.

---

**19. Подаете ли вы заявление на предоставление вам возможности участвовать в льготной программе медицинского страхования ОНР? Если вы уже участвуете в программе льготного медицинского страхования ОНР, желаете ли вы продолжать участвовать в ней?**

Если кто-либо из членов вашего домохозяйства имеет медицинское страхование, вам, возможно, не понадобится заполнять бланк заявления полностью. Вы можете войти в свою электронную учетную запись или позвонить по тел. **1-800-699-9075** (телетайп 711) для выполнения любого из перечисленных ниже действий:

- добавить кого-либо в ваше личное дело;
- продлить свое страхование;
- сообщить об изменении.

---

**20-22. Информация о племенной принадлежности**

Предоставление этой информации поможет нам определить, имеете ли вы право на определенные преимущества при регистрации (см. стр. 10).

---

**25. Имеете ли вы один из иммиграционных статусов, перечисленных ниже?**

Мы используем информацию, предоставленную при ответе на этот вопрос, чтобы решить, на какой уровень страхования вы имеете право.

Что касается вопросов с b по g, то мы можем использовать ответы на эти вопросы для проверки предоставленных вами данных о вашем иммиграционном статусе. Вы не обязаны отвечать на эти вопросы во время заполнения вашего заявления, однако, ваши ответы могут помочь ускорить процесс рассмотрения заявления.

**Тип иммиграционного документа и карты или номер документа**

Некоторые типы наиболее распространенных документов и их номеров см. в приведенном ниже списке. Если имеющийся у вас документ не включен в этот список, вы можете, тем не менее, указать наименование этого документа. Если у вас отсутствует информация в полном объеме, вы можете пропустить соответствующие вопросы. При необходимости мы отправим вам письмо, в котором попросим предоставить дополнительную информацию.

<b>Тип имеющегося у вас документа</b>	<b>Предоставьте указанный ниже номер карты или документа:</b>
Карточка-удостоверение постоянного жителя США («зеленая карточка», I-551)	Регистрационный номер иностранца Номер карточки
Разрешение на повторный въезд (I-327)	Регистрационный номер иностранца
Разрешение на въезд беженца (I-571)	Регистрационный номер иностранца
Разрешение на трудоустройство (I-766)	Регистрационный номер иностранца Номер карточки Дата истечения срока действия Код категории
Автоматически считываемая иммиграционная виза (с текстом временного удостоверения I-551)	Регистрационный номер иностранца Номер паспорта
Печать с текстом временного удостоверения I-551 (в паспорте или в документе I-94/I-94A)	Регистрационный номер иностранца
Запись, подтверждающая прибытие и (или) отбытие (I-94/I-94A)	Номер документа I-94
Запись в иностранном паспорте, подтверждающая прибытие и (или) отбытие (I-94)	Номер документа I-94 Номер паспорта Дата истечения срока действия Страна оформления документа
Иностраный паспорт	Номер паспорта Дата истечения срока действия Страна оформления документа
Свидетельство правомочности статуса студента, не являющегося иммигрантом (I-20)	Идентификационный номер, присвоенный в рамках программы студенческого обмена (SEVIS)
Свидетельство правомочности статуса лица, находящегося в США по программе студенческого обмена (DS2019)	Идентификационный номер, присвоенный в рамках программы студенческого обмена (SEVIS)
Уведомление о принятой мере (I-797)	Регистрационный номер иностранца или номер документа I-94
Другой	Регистрационный номер иностранца или номер документа I-94 Описание типа документа или наименование документа

**Другие принимаемые иммиграционные документы указаны на следующей странице.**

**Кроме того, вы можете указывать следующие документы:**

- Удостоверение члена признанного федеральным правительством индейского племени или американского индейца, родившегося в Канаде
- Письмо из Управления жилищного обеспечения беженцев (ORR), подтверждающее правомочность
- Документ, подтверждающий отмену высылки
- Административный приказ, подтверждающий отсрочку высылки, оформленный министерством национальной безопасности (DHS)
- Свидетельство, оформленное Управлением жилищного обеспечения беженцев (ORR) министерства здравоохранения и социального обслуживания США (HHS)
- Лицо, въехавшее в США из Кубы или Гаити
- Жители Американского Самоа

## **ЭТАП 2 — дополнительные члены домохозяйства**

В разделе **Этап 2** мы просим вас указать основную информацию о других членах вашего домохозяйства. Для получения информации о вопросах, задаваемых основному контактному лицу, пожалуйста, см. предыдущий раздел настоящего *Руководства по заполнению заявления*.

**4. Кем приходится вам (основному контактному лицу) лицо № 2**

Нам необходимо знать, кем вы приходитеесь основному контактному лицу. Некоторые примеры родственных отношений: родитель, отчим/мачеха, ребенок, пасынок/падчерица, сестра, брат, бабушка, дедушка, тетя, дядя или двоюродный (-ая) брат/сестра. Если вы не состоите в родственных отношениях, вы можете написать «не состоим в родственных отношениях».

**5. Если вы не являетесь родителем или отчимом/мачехой лица № 2, являетесь ли вы основным опекуном этого лица?**

Основной опекун – лицо, являющееся родственником ребенка и несущее основную ответственность за заботу о ребенке.

Вам не требуется отвечать на этот вопрос, если основное контактное лицо является родителем или отчимом/мачехой ребенка. Вам не требуется отвечать на этот вопрос, если лицо № 2 достигло возраста 19 лет.

## ЭТАП 3 — ДОХОДЫ И ВЫЧЕТЫ

В разделе **Этап 3** мы просим вас указать информацию о вашем доходе и вычетах.

### 1. Доход от работы

- Пожалуйста, сообщите нам о трудовом доходе, получаемом вами и членами вашего домохозяйства. Источником этого дохода может быть работодатель или самозанятость.
- Если у вас есть работодатель, сообщите нам о сумме получаемого вами «валового» дохода. Валовый доход – сумма, получаемая вами до вычета налогов или удержаний.
- Если вы являетесь самозанятым лицом, пожалуйста, укажите сумму получаемой вами валовой прибыли. Она представляет собой сумму, получаемую вами до вычета всех связанных с бизнесом расходов. Вы можете получить более подробные сведения о самостоятельной занятости, валовой прибыли и расходах, которые можно вычитать из суммы дохода, на веб-сайте [www.irs.gov/individuals/Self-Employed](http://www.irs.gov/individuals/Self-Employed). При ответе на вопрос 3 данного раздела вы сообщите нам о ваших расходах, связанных с ведением бизнеса.
- Не забудьте поставить нас в известность, если вы начали или прекратили получать доход в этом месяце. Этот фактор может повлиять на вашу правомочность.

### 2. Доход из других источников

Укажите информацию о другом доходе, который Вы получаете не от работы. В бланке заявления приводится несколько примеров. Другими примерами являются стипендии, доходы от трастов, доходы от образования и военные выплаты. Существует много других видов доходов. Пожалуйста, предоставьте как можно больше информации в разделе «тип дохода», чтобы мы могли определить, следует ли учитывать этот доход в программе ОНР или нет.

Если у вас имеется доход от алиментов, он может не учитываться для целей программы ОНР. Ответы на дополнительные вопросы об алиментах помогут нам решить, учитывается ли этот доход для целей программы ОНР.

### 3. Вычеты

Сообщите нам о вычетах и расходах, связанных с самозанятостью, которые могут быть заявлены в вашей федеральной налоговой декларации. Обычно если вы подаете заявление на налоговый кредит вместе с вашей декларацией по федеральному подоходному налогу, вы не можете также вычесть этот расход в тот же налоговый год. Мы не имеем права предоставлять налоговые консультации, однако для получения дополнительной информации, касающейся вашей конкретной ситуации, вы можете посетить веб-сайт [www.irs.gov](http://www.irs.gov) или поговорить с налоговым специалистом.

### 4. Годовой доход

В отношении некоторых программ медицинского страхования мы можем принять во внимание сумму дохода, которую вы получаете, или рассчитываете получить за весь год. Обязательно сообщите нам о всей сумме дохода, которую получаете или рассчитываете получить за весь год вы и все члены вашего домохозяйства. Обязательно укажите доход, полученный ранее в этом году, даже если к настоящему времени этот доход уже прекратился.

Например, вы получали пособие по безработице в январе, однако уже в феврале вы устроились на работу. Когда вы начали работать, выдача пособия по безработице прекратилась. Вы должны указать сумму полученного пособия по безработице в разделе «Прочие нетрудовые доходы».



## ЭТАП 4 — дополнительные вопросы о членах домохозяйства

В разделе **Этап 4** ответьте на вопросы с 1 по 6 для всех лиц, указанных в вашем заявлении, независимо от того, претендуют ли они на предоставление им льготного медицинского страхования или нет, даже если ответом на вопрос будет «нет».

### 2. Проживает ли кто-либо из лиц, указанных в заявлении, по другому адресу, отличному от адреса проживания основного контактного лица (*вас*)?

Если кто-либо из заявителей не проживает по одному и тому же адресу, что и основное контактное лицо, нам необходимо знать о том, где это лицо проживает. Благодаря ответам на дополнительные вопросы мы можем узнать о причинах, по которым вы указали их в заявлении. Ваши ответы также помогают нам узнать, следует ли нам использовать их информацию при определении вашего права на медицинское страхование.

Ниже приводится дополнительная информация о некоторых местах нахождения заявителя в момент его временного отсутствия:

- Местное медицинское учреждение имеет лицензию Департамента социального обеспечения на оказание долгосрочной медицинской помощи. Примером местного медицинского учреждения является:
  - » семейный приют для взрослых;
  - » учреждение для проживания с уходом;
  - » дом престарелых; а также
  - » дом группового ухода.
- Учреждение сестринского ухода – место предоставления жилищных условий и медицинского обслуживания.
- Если член домохозяйства находится в государственной больнице штата Орегон, вы должны отметить пункт «Находится в стационаре».

### 3. Беременна ли какая-либо заявительница?

Если вам не известна ожидаемая дата родов, укажите наиболее вероятную или примерную дату. Если вам известно число ожидаемых детей, укажите его. Если вам это число не известно, не заполняйте эту графу; в таком случае правомочность детей будет определяться на основе того допущения, что родится один (1) ребенок. Если ожидаемая дата родов или ожидаемое число детей изменится, вы можете позвонить нам и сообщить об этом.

### 4. В течение последних трех месяцев закончилась ли беременность одной из заявительниц рождением ребенка или потерей плода?

Программа ОНР предоставляет дополнительное страхование зубов и зрения для беременных. Дополнительное страхование также доступно в течение двух месяцев после окончания беременности. Мы задаем этот вопрос, чтобы быть уверенными, что мы предоставляем вам все соответствующие пособия.

**Отвечайте на вопросы с 7 по 15 в отношении только тех лиц, включенных в ваше заявление, которые подают заявление на предоставление медицинского страхования.**

### 11-12. Считается ли какое-либо лицо незрячим или имеющим ограниченные возможности здоровья до конца своей жизни? Нуждается ли кто-либо в помощи другого лица при ходьбе, в использовании туалета, во время купания или одевания?

Некоторые лица, являющиеся незрячими, имеющие необратимые ограниченные возможности или нуждающиеся в дополнительной помощи для выполнения действий, перечисленных выше, имеют право на дополнительное медицинское страхование. Ваши ответы на эти вопросы помогут нам определить, соответствуете ли вы требованиям для дополнительного медицинского страхования.

**14. Сообщите, какую организацию координированного обслуживания (ССО) вы предпочитаете для каждого заявителя:**

**Выберите местный план ССО**

**Что означает аббревиатура ССО?**

В рамках программы ОНР предлагаются местные планы медицинского страхования, при помощи которых вы можете пользоваться своими льготами. Эти планы называются организациями координированного обслуживания или ССО. План ССО предлагает группу поставщиков медицинских услуг, таких как врачи, консультанты-психологи и стоматологи, работающих сообща для поддержания вашего здоровья.

Все планы ССО предлагают идентичные базовые пособия, предлагаемые планом льготного медицинского страхования штата Орегон. Программой ОНР обеспечивается медицинское, стоматологическое и психиатрическое обслуживание. Она также предлагает помощь в избавлении от зависимости.

**Какие планы ССО предлагаются в моем районе?**

В большинстве районов штата предлагается один план ССО. В некоторых районах предлагается несколько. Узнайте, какие планы ССО доступны в вашем районе, на веб-сайте [www.bit.ly/CCOplans](http://www.bit.ly/CCOplans).

**В вашем районе предлагается несколько планов ССО? Вот как вы можете сделать свой выбор:**

1. Посетите веб-сайт [www.bit.ly/CCOplans](http://www.bit.ly/CCOplans) для того, чтобы ознакомиться с перечнем планов ССО.
2. Сравните различные планы ССО и изучите, что предлагается каждым из этих планов.
3. Ознакомьтесь с поставщиками медицинских услуг, аптеками, больницами и услугами, предлагаемыми каждым планом страхования.
4. Не все поставщики услуг сотрудничают с планом ССО в вашем районе. Если вы уже пользуетесь услугами определенного поставщика услуг, поинтересуйтесь, с каким планом ССО он сотрудничает. Вы можете ознакомиться с перечнем поставщиков услуг, с которыми сотрудничает каждый план ССО, под названием «Справочник поставщиков услуг».
5. Решите, какой план ССО подходит вам и членам вашей семьи.

**Вы готовы выбрать план ССО?**

Перейдите к вопросу 14 раздела Этап 4 бланка заявления на участие в программе ОНР. Если вы не определитесь с выбором, мы сделаем выбор за вас.

**Некоторые участники плана ОНР не будут участниками плана ССО.**

Вы можете не быть участником плана ССО, поскольку вы пользуетесь другой медицинской страховкой или у вас имеется причина медицинского характера, позволяющая не пользоваться планом ССО. Иногда такой способ оплаты называется открытой картой или гонорарным способом оплаты медицинских услуг.

Плана ССО нет в наличии? Нет проблем. Вы можете позвонить по тел. **800-562-4620** для того, чтобы получить помощь в поиске поставщика услуг или задать вопросы о способах получения обслуживания.

**Участники программы Medicare могут иметь дополнительные варианты.**

Вы не обязаны получать медицинское обслуживание в рамках плана ССО. Если вы не желаете получать медицинское обслуживание в рамках плана ССО, поговорите с представителем местного отделения департамента DHS о внесении соответствующего изменения. Перечень отделений можно найти на веб-сайте [www.oregon.gov/dhs/offices](http://www.oregon.gov/dhs/offices). Нажмите на раздел «Senior and People with Physical Disabilities» (престарелые и лица с ограниченными возможностями здоровья). Кроме того, вы можете узнать о планах программы Medicare, сотрудничающих с планами ССО.

**Американские индейцы и коренные жители Аляски должны попросить записать их в план ССО.**

Если вы являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски, вы должны попросить записать вас в план ССО. Вы не будете зачислены в план ССО автоматически.

Американские индейцы и коренные жители Аляски, являющиеся участниками программы страхования ОНР, не обязаны становиться участниками плана ССО. Вы можете получить медицинское обслуживание у поставщика медицинских услуг для индейцев, например в племенной клинике или в службе здравоохранения для индейцев (IHS). Вы имеете право изменить или покинуть свой план ССО в любое время.

Большинство поставщиков медицинских услуг для индейцев сотрудничают с организациями ССО.

Будучи участником плана ССО, вы имеете преимущество, поскольку вам предоставляется координация вашего медицинского, стоматологического и психиатрического обслуживания.

Согласно нашему определению, к числу американских индейцев и коренных жителей Аляски относятся:

- члены признанного федеральным правительством индейского племени или группы индейцев;
- эскимосы, алеуты и другие коренные жители Аляски, зарегистрированные министром внутренних дел США в соответствии с законом «Об урегулировании претензий коренного населения Аляски», 43 U.S.C. 1601;
- лица, по какой-либо причине рассматриваемые министром внутренних дел США в качестве индейцев.

## ЭТАП 5 — текущее медицинское страхование

Этот этап касается медицинского страхования, предоставляемого вне программы ОНР. Сообщите нам о наличии медицинского страхования у любого члена вашего домохозяйства. Кроме того, укажите, была ли кому-либо предложена медицинская страховка или имеет ли это лицо право на эту страховку. Например, работодатель одного из членов семьи предлагает медицинское страхование, однако это лицо отказалось зарегистрироваться по причине высокой стоимости страхования. Иногда мы можем помочь в уплате страховой премии.

Обязательно сообщите нам, если у вас имеется:

- частное медицинское страхование, оплачиваемое вами или какой-либо другой стороной, в том числе страхование, обеспечиваемое по приказу суда;
- страхование, которое вам предоставляет или может предоставить работодатель;
- страхование, предоставляемое вам работодателем после того, как ваше трудоустройство было прекращено;
- страхование, предоставляемое родителем, который не проживает с вами;
- страхование, обеспечиваемое в качестве пенсионной льготы (*например, страхование военнослужащего*);
- страхование, обеспечиваемое образовательным учреждением;
- любое другое страхование, даже если вы не можете получить доступ к застрахованным услугам в том районе, где вы живете;
- медицинское страхование, подобное плану ОНР, получаемое вами в другом штате. Оно называется Medicaid/CHIP.

## ЭТАП 8 — ознакомьтесь и подпишите.

Подписывая заявление, вы соглашаетесь со всеми заявлениями, указанными в разделе **Этап 8**.

### Ваши права и обязанности

В этом разделе указана информация об услугах, которые Департамент социального обеспечения (DHS) штата Орегон (ОНА) и Управления здравоохранения штата Орегон (ОНА) соглашаются вам предоставлять. Это ваши «права». В нем также перечисляются действия, которые вы соглашаетесь выполнять при подаче заявления или получении медицинской помощи. Это ваши «обязанности».

Пожалуйста, внимательно прочтите этот документ. Вы можете обратиться к сотрудникам департамента DHS за помощью в разъяснении вам сути этого документа. При наличии каких-либо неясностей задавайте вопросы. Вы соглашаетесь выполнять некоторые условия, когда вы (*и члены вашей семьи*) пользуетесь льготами, предоставляемыми департаментом DHS или управлением ОНА. Если вы столкнетесь с переплатой пособий, вы можете потерять эти пособия или должны будете возратить сумму переплаты в департамент DHS или управление ОНА.

**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 имеете право задавать вопросы о любой программе и подавать заявление на участие в любой программе департамента DHS или управления ОНА. Кроме того, мы можем выдать вам направление на получение дополнительных услуг, в которых вы нуждаетесь.
- Вы можете попросить о предоставлении вам подтверждения подачи любого документа, который вы передаете в департамент DHS или управление ОНА.
- Вы можете попросить о встрече с сотрудником. Вы также можете попросить поговорить с ответственным лицом.
- Вы можете попросить о предоставлении вам помощи в подаче заявления, заполнении бланков и сообщении об изменениях на предпочитаемом вам языке.
- Сотрудники департамента DHS или управления ОНА предоставят вам информацию в удобном для вас формате или на понятном для вас языке.
- Сотрудники департамента DHS или 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.
- Вы можете попросить показать вам данные о вас, хранящиеся в вашем личном деле.
- Вы можете попросить о том, чтобы вас освободили от соблюдения требования о сотрудничестве с Отделом по взысканию алиментов на содержание детей в том случае, если у вас есть для этого «достаточные основания». Достаточными основаниями является случай, когда сбор алиментов на содержание детей может создать для вас или ваших детей опасные условия. Сотрудники департамента DHS и управления ОНА предоставят вам бланки, в которых объяснено понятие «достаточные основания». В этих бланках приводится разъяснение того, каким образом Отдел по взысканию алиментов на содержание детей штата Орегон может оказать вам помощь в получении алиментов на содержание детей, в том числе

материальную медицинскую поддержку, не подвергая при этом опасности ни вас, ни ваших детей. Сотрудники департамента DHS и управления ОНА могут также ответить на ваши вопросы, касающиеся понятия «достаточные основания».

- Все информация, переданная вами в департамент DHS и управление ОНА, останется конфиденциальной. Вы можете ознакомиться с нашим «уведомлением о порядке использования конфиденциальной информации» на веб-сайте <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me2090.pdf> или в отделениях департамента DHS.
- Сотрудники департамента DHS и управления ОНА уведомят вас о наличии у вас права на пособия в указанные ниже сроки:
  - » 90 дней в отношении медицинского страхования на основании наличия ограниченных возможностей (*за исключением особых обстоятельств*);
  - » 45 дней в отношении других медицинских пособий.
- Если вы не согласны с решением департамента DHS или управления ОНА, вы можете попросить о проведении слушания.
- Сотрудник департамента DHS может помочь вам в заполнении запроса о проведении слушания. 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. Получите дополнительную информацию в разделе «Программа удержания средств из наследственного имущества». Вы должны обратиться с просьбой о проведении слушания в течение 90 дней с момента принятия решения.

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

Если вы являетесь участником какой-либо программы департамента DHS или управления ОНА, 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. К ним могут относиться любые из нижеперечисленных:
  - » Пособия социального обеспечения
  - » Страховые выплаты рабочим, получившим травмы на производстве
  - » Пенсия работников железной дороги
  - » Страхование стоимости долгосрочного ухода
  - » Пособия для бывших военнослужащих
  - » Медицинское страхование
  - » Пособия на жилье и льготы от профсоюза
  - » Программа Medicare
  - » Компенсация за телесные повреждения, причиненные не по вашей вине, предусмотренная всеми видами автострахования
- Проходить любое медицинское обследование, требуемое для завершения вашего заявления о предоставлении медицинского пособия.
- Сообщать поставщикам медицинских услуг о наличии у вас дополнительного медицинского страхования. Ниже перечислены примеры:
  - » Программа Medicare
  - » Компенсация за телесные повреждения, причиненные не по вашей вине, предусмотренная всеми видами автострахования
  - » Пособия для бывших военнослужащих
  - » Другое медицинское страхование
  - » Страховые выплаты рабочим, получившим травмы на производстве
- Поставщики услуг должны выставлять счета другим программам страхования, прежде чем выставлять счета за ваше медицинское обслуживание департаменту DHS или управлению ОНА. Сообщайте идентификационный номер своей медицинской карты, выданной органами штата, до получения услуг.
- В случае необходимости – вносить ежемесячную плату для дальнейшего получения медицинской помощи и другой помощи по социальному обеспечению. Данные суммы могут корректироваться в соответствии с изменениями вашего финансового положения.
- Сообщать в подразделение по вопросам удержания средств в делах о причинении личного вреда (Personal Injury Liens Unit) в течение 10 дней, если оба утверждения ниже относятся к вам или к члену вашей семьи:
  - » вы пользуетесь медицинской помощью или участвуете в программе льготного медицинского страхования штата Орегон (ОНП);
  - » подали иск против физического лица за причинение вам личного вреда.

## Сообщение о произошедших изменениях

Если вы получаете льготные пособия от департамента DHS или управления ОНА, вы должны сообщать об определенных изменениях, которые затрагивают вас и других лиц, получающих пособие вместе с вами. Если вы не сообщите об изменениях согласно требованиям, вы можете получить переплату пособий. Любого члена вашей семьи в возрасте 18 лет или старше могут попросить вернуть переплаченные средства.

После удовлетворения вашего заявления на предоставление льгот, вы получите уведомление, в которое будет включена информация о порядке и сроках оповещения об изменениях. Каждой программой предусмотрены отдельные требования к оповещениям об изменениях. Могут существовать различия в порядке и сроках оповещения об изменениях.

Когда вы сообщаете об изменении, социальный работник сообщит вам, требуется ли вам предоставить подтверждение. Если это изменение затрагивает другие получаемые вами льготные пособия, работники отделения сообщат вам об этом. Если вы не уверены в необходимости сообщать о каком-либо изменении, вы можете уточнить у социального работника.

## Если вы имеете другое страхование

Если у вас или других членов вашей семьи имеется другая медицинская страховка, сообщите своему поставщику услуг (*врачу, персоналу клиники, аптеки или больницы*) до начала получения вами услуг. Если у вас есть автомобильная страховка и вы получили травму в результате автомобильной аварии, сообщите поставщику услуг о вашей автомобильной страховке. Они должны будут выставить счет этой страховой компании в первую очередь, прежде чем выставлять счет управлению ОНА. Если департамент DHS или управление ОНА оплатит счет за медицинское обслуживание, который должен быть оплачен другой страховой компанией, департамент DHS или управление ОНА предпримет действия по возврату средств. Например:

- Если департамент DHS или управление ОНА оплатит счет, который должна была оплатить частная страховая компания, DHS и ОНА предпримут попытки возврата денег от страховой компании.
- Если департамент DHS или управление ОНА оплатит медицинский счет, и поставщик медицинских услуг также получит деньги от страховой компании, DHS и ОНА предпримут попытки возврата денег от поставщика услуг.
- Если департамент DHS или управление ОНА оплатит медицинский счет, и страховая компания вышлет вам чек для его оплаты, DHS и ОНА предпримут попытки возврата денег с вас.

## Назначение платежей и залоговых обязательств

Для того, чтобы иметь право на медицинскую помощь, вы должны позволить департаменту DHS, управлению ОНА и вашему плану ССО получить любые деньги, которые:

- Вы или другие лица, которые получают медицинскую помощь вместе с вами, получают или имеют право получать от лиц, несущих юридическую ответственность за травмы или медицинские расходы, оплаченные медицинской страховкой.

К ним относятся средства из любого нижеперечисленного источника:

- Частной медицинской страховой компании
- Физических лиц
- Компании автострахования
- Других источников

Это называется «переуступка платежей» департаменту DHS или управлению ОНА и организациям ССО.

Переуступка платежей происходит автоматически для лиц, получающих медицинскую помощь. Чтобы продолжать получать медицинскую помощь, вы и другие члены семьи (*включая любого ребенка, родившегося в будущем*) должны помочь департаменту DHS или управлению ОНА изыскать и получить эти платежи следующими способами:

- В течение 10 дней сообщить в департамент DHS, управление ОНА или ваш план ССО о том, что третья сторона нанесла травму вам или члену вашей семьи.
- Предоставить информацию о сторонах, из-за которых вам была нанесена травма.
- Помочь в поиске любой другой запрашиваемой информации. К ней относится информация о страховании.

Существует ограничение объема изыскиваемых департаментом DHS или управлением ОНА средств. Эта сумма не может превышать сумму, выплачиваемую за медицинские расходы, которую сторона обязана оплатить по закону.

Мы можем наложить право удержания имущества до уплаты долга в отношении любых средств, выплаченных стороной, несущей юридическую ответственность, чтобы гарантировать оплату в департамент DHS, управление ОНА или план ССО.

Вы должны согласиться с тем, что перечисленные ниже стороны могут передавать медицинские записи страховым компаниям:

- Поставщики медицинских услуг
- Работодатели
- Больницы
- Государственные учреждения

Это касается информации о вас и о других членах вашей семьи, которые получают медицинское пособие. Это будет делаться исключительно для того, чтобы департамент DHS или управление ОНА могли получить возврат средств.

# Дополнительная информация

## Использование номера социального обеспечения (SSN)

Указанное ниже правило требует, чтобы каждый заявитель на денежное или продовольственное пособие сообщал в департамент DHS или управление ОНА свой номер социального обеспечения (SSN):

- Федеральные законы (раздел 42 Кодекса законов США USC 1320b-7(a) и (b), 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).
- Административное правило Орегона (OAR 461-120-0210)

Если вы предоставите свой номер SSN, это поможет ускорить процесс рассмотрения вашего заявления. Если какое-либо лицо не имеет номера SSN, посетите веб-сайт [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) для получения информации о порядке подачи заявления на присвоение номера.

- Департамент DHS и управление ОНА будут использовать ваш номер SSN, чтобы определить, имеете ли вы право на пособия. Мы используем ваш номер SSN в следующих целях:
  - » Подтверждение суммы вашего дохода
  - » Подтверждение суммы ваших активов
  - » Соответствие информации записям служб штата и федерального правительства, таких как:
    - \* Налоговое управление США (IRS)
    - \* Администрация социального обеспечения
    - \* Программа Medicaid
    - \* Пособий по безработице
    - \* Программа 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 окажется необходимым для работы нашей программы, на участие в которой вы подаете заявление или в рамках 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 домохозяйства.

## Подтверждение суммы дохода и активов

Информация, которую вы предоставляете в бланке заявления, подлежит проверке и подтверждению со стороны должностных лиц федеральных и местных властей, а также властей штата. При определении вашего права на получение медицинской помощи департамент DHS и управление ОНА используют следующие системы:

- Система подтверждения суммы дохода и соответствия критериям (IEVS)
- Система проверки суммы активов (AVS)

Системой AVS проводится поиск указанных ниже данных о вас и любом другом лице, обязанном предоставлять финансовую информацию при подаче заявления или во время получения медицинского пособия. Системой AVS проводится поиск указанных ниже данных вне зависимости от того, сообщаете ли вы о них или нет:

- Информация от финансовых учреждений:
  - » Банковские счета
  - » Счета в кредитных союзах
- Записи о недвижимости:
  - » Жилые дома
  - » Земельные участки
- Записи о транспортных средствах:
  - » Транспортные средства

Кроме того, департамент DHS и управление ОНА могут передавать любую информацию, содержащуюся в вашем заявлении, правоохранительным органам для содействия им в аресте лиц, скрывающихся от правосудия.

### Программа возмещение стоимости медицинского обслуживания из средств наследственного имущества

Программа удержания средств из наследственного имущества представляет собой сложную программу, применимую в следующих случаях:

- Медицинское пособие
- Орегонская программа обеспечения дополнительного дохода
- Программа общей социальной помощи
- В случае, когда определенные лица одновременно получали пособия программы Medicare и медицинское пособие

Цель программы удержания средств из наследственного имущества заключается в поиске возврата платежей за счет активов умершего получателя пособий. Часть денег возвращается федеральному правительству. Остальной частью средств финансируются программы, предназначенные для других нуждающихся. Программой удержания средств из наследственного имущества предусматривается множество исключений.

## Право штата на возмещение суммы пособий из вашего наследственного имущества

После вашей смерти департамент DHS и управление ОНА могут претендовать на получение денежных средств из вашего наследственного имущества (*как определено в законе ORS 416.350*), если вы соответствуете перечисленным ниже критериям:

- В перечисленных ниже случаях сумма медицинского пособия может выплачиваться из вашего имущества:
  - » Вы получали государственные медицинские пособия после 1 октября 2013 года.
  - » Вы были старше 54 лет и получали пособия по долгосрочному уходу.
- Сюда включены платежи от программы льготного медицинского страхования штата Орегон в пользу вашего плана управляемого медицинского обеспечения или платежи организации ССО.
- В перечисленных ниже случаях сумма медицинского пособия может выплачиваться из вашего имущества:
  - » Вы получали государственные медицинские пособия после 1 октября 2013 года.
  - » Вы были старше 54 лет или вы пользуетесь определенными видами трастов:
    - \* Трастов для удовлетворения особых потребностей
    - \* Трастов, снимающих ограничения на предельный уровень дохода
- Если вы получали пособия в рамках любой из перечисленных ниже программ, возможно, из вашего наследственного имущества будут удержаны средства:
  - » Орегонская программа обеспечения дополнительного дохода
  - » Определенные программы общей социальной помощи
  - » Власти штата должны были вносить ежемесячный платеж за вас, поскольку вы одновременно получали медицинское пособие и часть D программы Medicare.

Департамент DHS и управление ОНА отсрочат требование о выплате денег, если ваш супруг(-а) переживет вас.

Департамент DHS и управление ОНА не будут претендовать на получение денежных средств из вашего наследственного имущества, если любой из упомянутых ниже членов вашей семьи остаются в живых:

- Любой из ваших родных или усыновленных детей в возрасте младше 21 года. Примечание: Это не относится к сводным детям.
- Любой из ваших родных или усыновленных детей любого возраста, который является незрячим или имеет ограниченные возможности здоровья согласно критериям администрации социального обеспечения.

Примечание: Законы и правила, регулирующие компенсацию расходов за счёт наследственного имущества, могут изменяться без уведомления.

Любой наследник, получающий средства из наследственного имущества клиента, может обратиться в департамент DHS или управление ОНА с заявлением об отмене иска о возмещении расходов за счет наследственного имущества, если его/её ситуация соответствует требованиям тяжёлого материального положения. Инструкции о порядке подачи заявления о предоставлении этого исключения из правил в связи с тяжёлым материальным положением содержатся в пакете материалов, который высылается подразделением по вопросам распоряжения наследственным имуществом во время начального этапа процесса подачи иска о возмещении потраченных средств.

Обратитесь в подразделение по вопросам распоряжения наследственным имуществом по адресу:

PO Box 14021

Salem, OR 97309-5024

По телефону: 503-378-2884

1-800-826-5675 (*только в штате Орегон*)

Факс: 503-378-3137

## Штрафные санкции за передачу активов во владение другого лица

Вы можете лишиться права на получение некоторых пособий, если вы передадите имущество на сумму меньшую, чем их реальная рыночная стоимость. В случае, если вы продаете либо отдаете актив, мы называем такой случай передачей актива. Активом является доход и вещи, представляющие ценность. Ниже перечислены примеры:

- Жилые дома
- Транспортные средства
- Имущество
- Деньги

Прежде чем продавать либо отдавать в дар какой-либо предмет имущества, обсудите этот вопрос с вашим социальным работником.

Если вы передаете актив во владение другого лица, вы можете лишиться права на получение следующих пособий:

- Услуги долгосрочного ухода (LTC):
  - » Приюты для престарелых
  - » Учреждения для лиц, нуждающихся в постоянном уходе
  - » Услуги надомного обслуживания
- Программа медицинской помощи беженцам
- » Учреждении сестринского ухода
- » Другие виды учреждений по уходу

Мы рассматриваем ваши действия в период времени, предшествующий подаче вами заявления для выявления случаев



передачи вами имущества во владение другого лица, которое может привести к применению штрафных санкций:

- В отношении услуг долгосрочного ухода (LTC) мы рассматриваем ваши действия в течение пятилетнего периода.
- В отношении программы оплаты медицинских расходов для беженцев мы рассматриваем ваши действия в течение трёхлетнего периода.

Применение штрафных санкций за передачу активов начинается с момента подачи вами заявления и установления вашей правомочности. Штрафные санкции будут применяться только к выплате льготных пособий, указанных выше. Штрафной санкцией будет считаться отклонение вашего заявления о предоставлении вам определённого пособия. При передаче вами актива во время получения ваших пособий к вам также будет применена штрафная санкция. Штрафной санкцией будет считаться прекращение выплаты вам пособия на определённый период времени. Прекращение предоставления услуг долгосрочного ухода (LTC) может привести к сокращению суммы пособия или прекращению вашего участия в других программах льготного медицинского страхования.

## Подтверждение и подпись

Подписывая бланк заявления, вы подтверждаете, что:

- Вы понимаете, что департамент DHS и управление ОНА будут использовать компьютерные базы данных и системы штата и федерального правительства для проверки информации, предоставленной вами в настоящем бланке заявления. К ним могут относиться базы данных и системы, которые содержат информацию о вашем доходе, дополнительном медицинском страховании, включая страхование по программе Medicare, социальном обеспечении, а также о гражданстве и иммиграционном статусе.
- Вы понимаете, что некоторые медицинские услуги и оборудование требуют предварительного разрешения (РА), и у вас будет на руках соответствующее разрешение РА от департамента DHS, управления ОНА, организации координированного обслуживания (ССО) или плана координированного обслуживания, прежде чем вы сможете получить услугу или товар.
- Вы и ваш супруг(-а) согласны с тем, что департамент DHS и управление ОНА будет являться получателем любых аннуитетных платежей, о которых вы сообщите.
- Вы понимаете, что департамент DHS и управление ОНА не будут использовать расходы, связанные с перечисленными ниже услугами, при расчете объема ваших услуг долгосрочного ухода, если вы не сообщите об этих расходах:
  - » Аренда жилья
  - » Расходы на здравоохранение
  - » Уход за ребенком
  - » Алименты на ребенка по решению суда
- Вы понимаете и соглашаетесь с информацией в разделе «Ознакомьтесь и подпишите» настоящего бланка заявления (*Этап 8*), а также в разделе «Ознакомьтесь и подпишите.» Руководства по заполнению заявления.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А — обслуживание престарелых и лиц с ограниченными возможностями здоровья (*программа Medicare*)

Нам может потребоваться изучить право на участие в программах на основании возраста или наличия нарушений зрения или ограниченных возможностей здоровья, если кто-либо из членов вашего домохозяйства подает заявление на пособия и:

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

Если мы решим изучить наличие у лица права на участие в этих программах, нам потребуется соответствующая информация в Приложении А. Вы не должны обязательно отвечать на вопросы, указанные в Приложении А сейчас, однако ответы на эти вопросы могут способствовать ускорению процесса рассмотрения заявления. Если мы решим изучить наличие права на участие в этих программах, нам потребуется провести с вами интервью. Для назначения интервью мы отправим вам отдельное письмо. Во время интервью мы обсудим все вопросы, предложенные в Приложении А.