MEDICAL ELIGIBILITY DETERMINATION
SERVICES (MEDS)
PO BOX 45531
OLYMPIA WA 98504-5531

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

HealthyKidsNow!
HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

INSURANCE INFORMATION REQUEST
ZAHTJEV PODATAKA ZA OSIGURANJE

DATUM	BROJ KLIJENTA
BESPLATNI BROJ: 1-800-204-6429	TTY/TDD: 1-800-204-6430
RADNIK	PRODUŽENJE:

Treba nam više podataka!

Hvala što ste se prijavili na programe zdravstvenog osiguranja države Washington. Vaša djeca, nemaju pravo na Medicaid, ali možda mogu dobiti Children's Health Insurance Program (CHIP). Po informacijama koje ste nam dali, vaš dohodak se uklapa u CHIP okvire.

Da bismo provjerili da li vaša djeca imaju pravo na CHIP, treba nam više podataka. Vaša prijava će biti odbijena, ako ne odgovorite na sva pitanja ispod i ne vratite ovo pismo do:

Medicinsko osiguranje

Da bi imali pravo na CHIP, vaša djeca ne mogu već imati osiguranje koje pokriva ljekarske, bolničke, laboratorijske, kao i rendgenske (radiološke) usluge. Ako bilo koje od djece ima osiguranje koje pokriva **sve četiri** vrste usluge, molimo da navedete ime djeteta i ime osiguravajuće kompanije ispod.

(nemojte navoditi auto-osiguranje, Indian Health Services, ili školsko osiguranje za sportske povrede u školi)

IME DJETETA	OSIGURAVAJUĆA KOMPANIJA

Medicinsko osiguranje sa posla

Ako ste odbacili medicinsko osiguranje sa posla u zadnja 4 mjeseca, možda ćete trebati čekati 4 mjeseca da pokrijete svoju djecu ovim osiguranjem. Odgovori na pitanja ispod će nam pomoći da odlučimo da li ćete imati period čekanja. Period čekanja je puna 4 mjeseca, koja počinju od sljedećeg dana nakon vašeg prestanka osiguranja sa posla. Period čekanja se završava tačno na zadnji dan 4-og navršenog mjeseca. Molimo da odgovorite na sljedeća pitanja:

	DA	NE
1. Da li ste prekinuli medicinsko osiguranje sa posla za bilo koje od vaše djece u zadnja 4 mjeseca?	☐	☐
2. Da li je medicinsko osiguranje pokrivalo ljekarske, bolničke, rendgenske i laboratorijske usluge?	☐	☐
3. Da li je medicinsko osiguranje koštalo manje od $50 mjesečno za cijelu familiju?	☐	☐

Medicinsko osiguranje sa posla (nastavak)

4. Ako ste odgovorili sa ,,DA" na sva 3 pitanja (1, 2 i 3), molimo da pročitate priloženi **plavi letak** i odredite da li i jedan od razloga od ,,a" do ,,h" govori zašto ste prekinuli medicinsko pokriće sa posla za vašu djecu. Ako postoje razlozi na plavom letku, koji odgovaraju vašem slučaju, napišite svako od odgovarajućih slova (a-h)

_____

5. Ako ste odgovorili sa ,,DA" na sva 3 pitanja (1, 2 i 3), ali ni jedan od razloga sa **plavog letka** ne odgovara vašem slučaju, molimo da upišete imena djece i datume kad su osiguranja zvanično prekinuta. Vaša djeca će možda morati čekati 4 mjeseca da budu pokrivena preko CHIP-a.

IME DJETETA	DATUM PRESTANKA OSIGURANJA

Mjesečna učešća

Da biste imali pravo na CHIP, morate plaćati mjesečno učešće. Učešće je $15 po djetetu mjesečno, sa granicom od $45 mjesečno po familiji. Ako su vaša djeca odobrena za CHIP, počećete dobivati račun mjesečno za plaćanje, sa priloženom kovertom.

Učešća ne plaćaju djeca američkih Indijanaca, kao ni djeca urođenika sa Aljaske. Molimo da navedete djecu koju prijavljujete, a koja su američki Indijanci ili urođenici sa Aljaske.

IME DJETETA KOJE JE AMERIČKI INDIJANAC	IME DJETETA URAĐENIKA SA ALJASKE

Ako imate bilo kakvih pitanja, nazovite: **1-800-204-6429.** Tu smo da vam pomognemo. TTY/TDD linija je 1-800-204-6430 (samo za osobe koje imaju poteškoće sa sluhom ili govorom; vaš telefon mora biti prilagođen ovom korištenju linije). Takođe možete pogledati našu web-stranicu na http://maa.dshs.wa.gov/CHIP/