Washington State Department of Social & Health Services
MAA Medical Assistance Administration

Заявление на участие в программе детского медицинского обслуживания

Application For Children's Health Program

Пожалуйста, ответьте на все вопросы и вышлите нам документы, подтверждающие ваш доход. Отправьте заполненное заявление и документы по адресу: PO Box 45531, Olympia, WA 98599-5531 или вышлите их по факсу по номеру 1-866-720-2892.

☐ Пожалуйста, отметьте здесь, если вы бы хотели получить информацию о программе продовольственной помощи и программе финансовой помощи.

1. Имя	Инициал второго имени (отчества)	Фамилия		
2. Фактический адрес проживания	Улица	Город	Штат	Индекс
3. Почтовый адрес (если отличается)	Улица	Город	Штат	Индекс
4. Телефон	5. Трудно ли вам говорить, читать или писать по-английски? Да ☐ Нет ☐ Если да, на каком языке вы говорите?			
6. В моей семье есть беременные. Да ☐ Нет ☐ Если да, то кто это?		Ожидаемая дата родов		
7. В моей семье есть человек, нуждающийся в неотложной медицинской помощи в настоящий момент или в течение последних трех месяцев. Да ☐ Нет ☐ Если да, то кто это?				

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

8. **УКАЖИТЕ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, проживающих** в вашем доме. Если у вас нет номера социального обеспечения, оставьте графу пустой. **Если у вас имеются документы, удостоверяющие ваш статус иммигранта, пожалуйста, предоставьте копии.** Эта информация НЕ будет предоставлена в Службу по вопросам гражданства и иммиграции США (USCIS).

Имя (Первое имя, второе имя/отчество, фамилия)	Кем приходится вам?	Дата рождения (ММ-ДД-ГГ)	Номер социального обеспечения	Пол М/Ж	Является ли гражданином США? Да	Нет	Заполните, если вы **НЕ** являетесь гражданином США: Имеется ли у вас документ, удостоверяющий ваш статус иммигранта? Да	Нет	Дата прибытия в США
	Я САМ(А)				☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	

9. Проживают ли вместе с вами дети, у которых уже есть медицинская страховка? Да ☐ Нет ☐

10. Имеются ли у кого-нибудь из проживающих с вами детей неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца? Да ☐ Нет ☐

ДОХОД ОТ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Укажите сумму зарплаты ДО вычета налогов и расходов. <u>Пожалуйста, предоставьте документы, подтверждающие доход,</u> например: платежные квитанции, справку от работодателя, выписки с банковского счета, отражающие прямые зачисления на депозит, или справку, выданную другим лицом, знающим о ваших обстоятельствах.

11. a) Имя и номер телефона вашего работодателя. _____ ( ) _____	12. a) Имя и номер телефона работодателя супруга (и) (или другого родителя ребенка, проживающего в доме). _____ ( ) _____
b) Сумма, которую вы ожидаете получить за месяц, в котором было подано заявление до вычета налогов и расходов: **$** _____	b) Сумма, которую ожидает получить супруг (а) за месяц, в котором было подано заявление до вычета налогов и расходов: **$** _____
c) Вы занимаетесь собственным бизнесом? Да ☐ Нет ☐	c) Занимается ли супруг (а) своим бизнесом? Да ☐ Нет ☐
d) Я не имею дохода от трудовой деятельности. Да ☐ Нет ☐	d) Он/она не имеет дохода от трудовой деятельности. Да ☐ Нет ☐

ДОХОД ОТ НЕТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ/РАСХОДЫ

Другой вид дохода	Сумма, которую вы ожидаете получить за месяц, в котором было подано заявление	Кто из членов семьи получает этот вид дохода?
13. Пособия по безработице		
14. Выплаты материальной помощи на содержание ребенка		
15. Другое (пожалуйста, поясните)		
16. Платите ли вы за то, чтобы кто-либо ухаживал за вашим ребенком (детьми) или совершеннолетним, находящимся на иждивении, когда вы на работе? Да ☐ Нет ☐		Если да, сколько вы платите в месяц?
17. Выплачиваете ли вы материальную помощь на содержание ребенка, который не проживает в вашем доме Да ☐ Нет ☐		Если да, сколько вы платите в месяц?

НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

По желанию, вы можете предоставить нам данные о вашей расовой и этнической принадлежности. Эта информация не будет использована при установлении наличия у вас права на получение льгот.

☐ Американский индеец или уроженец Аляски
☐ Азиат
☐ Афроамериканец
☐ Латиноамериканец
☐ Уроженец островов Гавайи или других тихоокеанских островов
☐ Белый
☐ Другое _____

ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧТИТЕ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОДПИСЫВАТЬ

Данное заявление относится только к получению медицинских льгот по программе детского медицинского обслуживания. Если кто-то в вашей семье уже получает денежные пособия, пособия по программе «Основное питание» или другие льготы или хотел бы подать заявление на их получение, пожалуйста, свяжитесь с вашим местным отделом социального обеспечения департамента (CSO) DSHS.

- Департамент DSHS может попросить вас подтвердить информацию, которую вы им предоставляете, для определения наличия у вас прав на получение льгот. Вы можете обратиться в департамент DSHS за помощью в получении подтверждения.
- Обращаясь за медицинскими льготами или получая их, вы предоставляете штату Вашингтон все права на любую медицинскую помощь и осуществление оплаты в пользу третьей стороны за предоставленное ей медицинское обслуживание.
- Департамент DSHS может предоставить карту прививок, сделанных вашему ребенку, Системе контроля за выполнением детских прививок.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ПОДПИСЬ

Я прочитал (а) и понял (а) информацию, содержащуюся в этом заявлении. Я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, приведенная мной в этом заявлении, насколько мне известно, является верной, точной и полной.

Подпись заявителя	Дата
Имя помогающего лица или представителя	Номер телефона

Дискриминация запрещена во всех программах и мероприятиях, проводимых Департаментом здравоохранения и социального обеспечения. Никто не может быть исключен из этих программ и мероприятий на основании расовой принадлежности, цвета кожи, мировоззрений, политических убеждений, национального происхождения, религии, возраста, пола или инвалидности.