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

Заява на участь у Програмі медичного обслуговування дітей

Application For Children's Health Program

Будь ласка, дайте відповіді на всі запитання і надішліть підтвердження прибутку. Надішліть заповнену заяву та документи на адресу: PO Box 45531, Olympia, WA 98599-5531 або по факсу 1-866-720-2892.

☐ Зробіть тут позначку, якщо ви бажаєте одержати інформацію про програми грошової або продовольчої допомоги.

1. Ім'я | Ініціал по батькові | Прізвище

2. Адреса вашого помешкання | Вулиця | Місто | Штат | Індекс

3. Поштова адреса (якщо відрізняється) | Вулиця | Місто | Штат | Індекс

4. Номер телефону

5. Чи складно вам говорити, читати або писати англійською мовою? Так ☐ Ні ☐
Якщо так, якими мовами Ви володієте?

6. У моєї родині є вагітна. Так ☐ Ні ☐
Якщо так, хто?

Очікувана дата пологів

7. У моїй родині є особа, яка потребує невідкладного медичного лікування зараз або протягом останніх трьох місяців.
Так ☐ Ні ☐ Якщо так, хто?

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

8. **ВКАЖІТЬ УСІХ ЧЛЕНІВ РОДИНИ, що живуть** разом з вами. Якщо у вас немає номера соціального забезпечення, залиште незаповненим. **Якщо ви маєте документи, що свідчать про ваш імміграційний статус, будь ласка, надайте копії.** Цю інформацію НЕ буде повідомлено у Службу громадянства та імміграції США (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS).

Ім'я (Ім'я, по батькові, прізвище)	Ким вам доводиться?	Дата народження (Місяць-День-Рік)	Номер соціального забезпечення	Стать Ч/Ж	Громадянин США? Так	Громадянин США? Ні	Заповнюється, якщо **НЕ** громадянин США: Чи ви маєте документ, що свідчить про ваш імміграційний статус? Так	Чи ви маєте документ, що свідчить про ваш імміграційний статус? Ні	Дата прибуття у США.
	ВИ САМІ				☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	

9. Чи є у вас діти, які мешкають разом з вами і вже мають медичну страховку? Так ☐ Ні ☐

10. Чи мав хто-небудь з дітей, що мешкають разом з вами, несплачені рахунки за медичні послуги протягом останніх 3 місяців? Так ☐ Ні ☐

ПРИБУТОК ВІД ЗАРОБІТНОЇ ПЛАТИ

Вкажіть заробітну плату ДО ВІДРАХУВАНЬ (до відрахувань податків та витрат). <u>Будь ласка, надайте підтвердження прибутку, наприклад</u>: корінці чеків, заява від роботодавця, банківські звіти, що показують пряме зачислення на депозит, або заяву іншої особи, знайомої з Вашими обставинами.

11. a) Ім'я та номер телефону вашого роботодавця. _____ ( ) _____	12. a) Ім'я та номер телефону роботодавця вашого чоловіка/вашої дружини (або іншого родича, який мешкає у вашій оселі). _____ ( ) _____
b) Сума, яку ви очікуєте одержати у місяць подання заяви до відрахування податків та витрат: **$** _____	b) Сума, яку вони очікують одержати у місяць подання заяви до відрахування податків та витрат: **$** _____
c) Ви працюєте не по найму? Так ☐ Ні ☐	c) Вони працюють не по найму? Так ☐ Ні ☐
d) Я не маю доходу від заробітної плати. Так ☐ Ні ☐	d) Вони не мають доходу від заробітної плати. Так ☐ Ні ☐

ПРИБУТОК НЕ ВІД ЗАРОБІТНОЇ ПЛАТИ/ВИТРАТИ

Інші прибутки	Сума, яку ви очікуєте одержати у місяць подання заяви	Хто з членів родини одержує цей прибуток?
13. Допомога по безробіттю		
14. Виплати на утримання дитини		
15. Інше (будь ласка, поясніть)		
16. Чи платите ви кому-небудь за догляд вашої дитини (ваших дітей) або дорослої людини на вашому утриманні у час, коли ви працюєте? Так ☐ Ні ☐		Якщо так, скільки на місяць?
17. Чи сплачуєте ви кошти на утримання дитини, яка не мешкає у вашій оселі? Так ☐ Ні ☐		Якщо так, скільки на місяць?

ДОБРОВІЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Ми просимо вас добровільно повідомити нам про вашу расову належність та етнічне походження. Ця інформація не буде використовуватися при розгляді ваших прав на одержання допомоги.

☐ Американський індіанець або корінний мешканець Аляски
☐ Азіат
☐ Чорний або афроамериканець
☐ Людина латиноамериканського походження
☐ Корінний мешканець Гаваїв або інших островів Тихого океану
☐ Білий
☐ Інше _____

УВАЖНО ПРОЧИТАЙТЕ, ПЕРЕД ТИМ ЯК ПІДПИСУВАТИ

Ця заява призначена тільки для одержання допомоги за Програмою медичного обслуговування дітей. Якщо хтось у вашій родині вже одержує або хотів би подати заяву на одержання грошової, продовольчої або іншої допомоги, будь ласка, зверніться до свого місцевого Відділення соціального забезпечення (Community Services Office, CSO) департаменту DSHS.

- Департамент DSHS може попросити вас підтвердити інформацію, яку ви повідомляєте, для того щоб встановити ваше право на участь у програмі. Ви можете попросити департамент DSHS допомогти вам одержати докази.
- Прохаючи або одержуючи допомогу на медичне обслуговування, ви надаєте штату Вашингтон усі права на будь-яку медичну допомогу і оплату медичних послуг будь-якої третьої сторони.
- Департамент DSHS може повідомити дані про щеплення, що були зроблені вашій дитині, у Систему обліку відомостей про імунізацію дітей (Child Profile Immunization Tracking System).

ДЕКЛАРАЦІЯ ТА ПІДПИС

Я прочитав (ла) і зрозумів (ла) інформацію, що міститься у цій заяві. Я заявляю під страхом покарання за неправдиве свідчення, що інформація, яку я зазначив у цій заяві, є вірною, правильною і повною, наскільки мені це відомо.

Підпис заявника	Дата
Ім'я помічника або представника	Номер телефону

В усіх програмах і заходах, що проводяться Департаментом соціального забезпечення та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services), заборонено дискримінацію. Ніхто не може бути вилучений з програм і заходів через расу, колір шкіри, переконання, політичні погляди, національне походження, віросповідання, вік, стать або інвалідність.