Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

CERERE PENTRU AJUTOR MEDICAL DE NAŞTERE
APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

Această cerere se adresează numai femeilor gravide în vârstă de peste 19 ani care solicită ajutor medical.

Dacă sunteţi gravidă şi în vârstă de 19 ani sau peste 19 ani, completaţi şi trimiteţi prin poştă această cerere la Departamentul de Asistenţă Socială şi Medicală (DSHS) local, Biroul de Servicii Publice (CSO). Dacă aveţi nelămuriri, contactaţi Healthy Mothers, Healthy Babies:

1-800-322-2588
Numai pentru cei cu deficienţe de auz 1-800-833-6358

Dacă sunteţi:

- Gravidă şi **minoră (sub 19 ani)**, telefonaţi la 1-800-562-3022 (numai pentru persoanele cu deficienţe de auz 1-800-848-5429).
- Gravidă şi majoră şi doriţi să solicitaţi ajutor de naştere Basic Health, telefonaţi la 1-800-660-9840.
- Dacă sunteţi o persoană adultă care nu este gravidă şi doreşte să solicite bonuri de alimente sau ajutor bănesc, trebuie să contactaţi CSO local. Aveţi nevoie de un formular de cerere pentru ajutor, DSHS 14-001(X) de culoare galbenă. Pentru a obţine numărul de telefon al CSO de care aparţineţi, consultaţi lista cu numerele de telefon ale instituţiilor (pagini albastre) din cartea de telefon, la Washington State, Community Services Office (CSO).

Asistenţă medicosanitară pentru femei gravide...
gratuită.

Iată cum puteţi solicita asistenţă medicosanitară!

Acestea sunt criteriile necesare pentru completarea cererii:

○ Venitul familiei: Orice venit obţinut în căminul dumneavoastră. Puteţi folosi informaţii din următoare lesurse:

- Chitanţe de plată a salariului care indică venitul soţului/soţiei sau pe cel familial;
- Scrisoare din partea patronului care să indice salariul BRUT (înainte de aplicarea impozitelor);
- Acord de custodie legală dacă cineva primeşte pensie de întreţinere de copil;
- Evidenţa contabilă pentru ultimele 30 de zile pentru cei care lucrează singuri; sau
- Scrisori de alocare a beneficiilor (de exemplu, Administraţia veteranilor, Departamentul muncii şi al industriei, şomaj, Securitate Socială.)

○ **Includeţi numărul de securitate socială al gravidei**

ŞI

○ **Confirmarea gravidităţii din partea unui cadru medical autorizat cum ar fi medic, soră infirmieră sau laborant.**

Vă rugăm să trimiteţi prin poştă cererea completată la care aţi anexat documentele care confirmă venitul şi graviditatea, la Biroul de Servicii Publice (CSO).

Persoanele înscrise deja în planul Basic Health care rămân gravide trebuie să telefoneze la 1-800-660-9840 pentru a obţine o cerere pentru ajutor de naştere de la Basic Health.

DSHS 14-429 RO (06/1999)

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

CERERE PENTRU AJUTOR MEDICAL DE NAŞTERE
APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

Vă rugăm să citiţi următoarele înainte de a completa cererea.
Această cerere constituie o declaraţie referitoare la femeia gravidă care solicită asistenţă medicosanitară. Va trebui să răspundeţi la toate întrebările pentru ca noi să putem determina dacă vă putem ajuta. Vă rugăm scrieţi cu litere de tipar.
Organizaţia care asistă clientul cu această cerere: _____

1. Prenumele	Iniţiala	Numele de familie

2. Adresa la care locuiţi	Strada	Oraşul	Statul	Codul poştal
3. Adresa poştală (dacă este diferită)	Strada	Oraşul	Statul	Codul poştal

4. Numere de telefon
Acasă ( )
Laserviciu ( )
Mesaj ( )

5.

	Da	Nu
Aveţi dificultăţi în vorbirea, citirea sau scrierea limbii engleze?	☐	☐
Aveţi nevoie de traducător? (Dacă aveţi nevoie, vom comunica cu ajutorul unui traducător.)	☐	☐

Ce limbă vorbiţi? _____

6. Data la care este prevăzută naşterea _____

7. Gravida prezintă o condiţie medicală care necesită îngrijire imediată?	Da	Nu
	☐	☐

8. Înscrieţi numele dumneavoastră şi a celor care locuiesc la această adresă. Folosiţi numele recunoscute legal. **Nu folosiţi porecle.** Dacă nu cunoaşteţi un număr de securitate socială, lăsaţi spaţiul necompletat.

NUME (PRENUME, INIŢIALĂ, NUME DE FAMILIE)	RELAŢIA FAŢĂ DE DUMNEAVOASTRĂ	DATA NAŞTERII (LUNĂ/ZI/AN)	SOLICITAŢI AJUTOR? DA	NU	*CETĂŢEAN AMERICAN DA	NU	NUMĂR DE SECURITATE SOCIALĂ	SEX M sau F
A.	EU ÎNSUMI		☐	☐	☐	☐		
B. Înscrieţi pe cei care locuiesc cu dumneavoastră								
C.								
D.								
E.								
F.								
G.								
H.								

Cheltuieli

9. Plătiţi pe cineva care are grijă de copil (copii) sau care are grijă de o persoană adultă aflată în îngrijirea dumneavoastră în timp ce lucraţi?	Da ☐	Nu ☐	Dacă da, cât plătiţi pe lună? $
10. Plătiţi pensie de întreţinere pentru un copil care nu locuieşte cu dumneavoastră?	Da ☐	Nu ☐	Dacă da, cât plătiţi pe lună? $

*Dacă nu sunteţi cetăţean american, completaţi pagina 3 - Statut de imigrant

Înscrieţi salariul BRUT, nu pe cel pe care îl aduceţi acasă. Înscrieţi zero (0) dacă dumneavoastră sau soţul dumneavoastră nu lucraţi.

Venit

Venitul provenit din serviciul pe care îl aveţi	Venitul soţului provenit din serviciul său (dacă sunteţi căsătorită)
11. Numele şi numărul de telefon al patronului	13. Numele şi numărul de telefon al patronului
12. Suma pe care o câştigaţi pentru fiecare perioadă înainte de aplicarea impozitelor: $ _____ ☐ Săptămânal ☐ La două săptămâni ☐ De două ori pe lună ☐ Lunar Nr. de ore lucrate în fiecare săptămână _____	14. Suma pe care o câştigaţi pentru fiecare perioadă înainte de aplicarea impozitelor: $ _____ ☐ Săptămânal ☐ La două săptămâni ☐ De două ori pe lună ☐ Lunar Nr. de ore lucrate în fiecare săptămână _____

Alt venit	Suma	Cât de des obţineţi acest venit?	Ce membru al familiei obţine acest venit?
15. Pensie de întreţinere de copil sau alimentară	$		
16. Beneficii de securitate socială	$		
17. Ajutor de şomaj	$		
18. Dobândă din cont bancar	$		
19. Ajutor de veteran	$		
20. Ajutor de la Departamentul Muncii şi Industriei	$		
21. Alocaţii militare	$		
22. Altele (vă rugăm explicaţi)	$		

Informaţii medicale

23. Aveţi deja asigurare medicală Da ☐ Nu ☐

Dacă răspundeţi da, înscrieţi numele companiei de asigurări sau patronului, numărul poliţei de asigurare, si numele şi numărul de securitate socială ale posesorului asigurării. Chiar dacă aveţi asigurare medicală, încă vă puteţi califica pentru ajutor medical.

Companie de asigurări sau patron	Numărul poliţei de asigurare	Numele posesorului poliţei de asigurare	Numărul de securitate socială al posesorului poliţei de asigurare

24. Aţi primit asistenţă medicală în ultimele 3 luni, inclusiv Maternity Support Services şi/sau Maternity Case Management Da ☐ Nu ☐

Informaţii voluntare

Vă rugăm să ne comunicaţi în mod voluntar rasa sau originea dumneavoastră etnică. Aceste informaţii nu vor fi folosite în aprecierea eligibilităţii dumneavoastră pentru ajutor.

☐ Caucazian ☐ Hispanic ☐ Negru ☐ Băştinaş american/Băştinaş din Alaska ☐ Vietnamez/Laoţian/Cambodgian

☐ Asiatic sau originar din insulele Pacificului ☐ Altele _____

Citiţi cu atenţie înainte de a semna

ÎNŢELEG CĂ:

- Trebuie să comunic imediat Departamentului de Asistenţă Socială şi Medicală (DSHS) în scris sau prin telefon, orice schimbări intervenite în situaţia mea. Comunicarea târzie poate duce la determinarea greşită a ajutorului acordat.
- Situaţia mea poate fi verificată de DSHS sau de alte agenţii de stat şi federale.
- Trebuie să prezint documente doveditoare în vederea eligibilităţii pentru ajutor. DSHS mă poate ajuta să obţin aceste documente sau poate contacta alte persoane sau agenţii care mă pot ajuta.
- Solicitând sau primind ajutor medical, acord statului Washington toate drepturile în acordarea oricărui ajutor medical şi oricărei plăţi facute unui terţ.
- DSHS poate comunica informaţii despre vaccinarea copilului la Departamentul Sănătăţii, Biroul Sistemului de Urmărire a Vaccinării Copiilor, în vederea administrării programelor medicale.
- **Înţeleg că aceasta este o cerere pentru ajutor medical numai pentru femei gravide. Dacă familia mea are nevoie de ajutor financiar sau bonuri de alimente, trebuie să facem cerere prin intermediul Biroului de Servicii Publice al DSHS (DSHS Community Services).**

Statut de imigrant

Vă rugăm să completati această secţiune pentru orice persoană care solicită ajutor medical şi care nu este cetăţean american cu excepţia studenţilor străini şi turiştilor. Dacă aveţi statut de imigrant legal, anexaţi copii ale ambelor feţe ale documentului. Nu trebuie să prezentaţi documente doveditoare ale statutului de imigrant pentru membrii familiei care nu solicită ajutor.

Numele persoanei care solicită îngrijire medicală		Sunteţi cetăţean american?		Dacă nu sunteţi cetăţean american		
				Vi s-a acordat un document care indică statutul dumnea-voastră?		Dacă da, înscrieţi data la care aţi ajuns în Statele
Prenume	Nume de familie	Da ☐	Nu ☐	Da ☐	Nu ☐	
Prenume	Nume de familie	Da ☐	Nu ☐	Da ☐	Nu ☐	
Prenume	Nume de familie	Da ☐	Nu ☐	Da ☐	Nu ☐	
Prenume	Nume de familie	Da ☐	Nu ☐	Da ☐	Nu ☐	
Prenume	Nume de familie	Da ☐	Nu ☐	Da ☐	Nu ☐	

Declaraţie şi semnătură(semnături)

Am citit şi am înţeles informaţiile din această cerere. Declar, sub pedeapsă de mărturie falsă, că informaţiile pe care le-am furnizat în această cerere sunt corecte, adevărate şi complete după câte ştiu.

Semnătura solicitantului	Data

Este interzisă discriminarea în toate programele şi activităţile administrate de Departamentul de Asistenţă Socială si Medicală. Nimeni nu trebuie exclus din aceste programe şi activităţi datorită rasei, culorii pielii, credinţei, convingerilor politice, naţionalităţii, religiei, vârstei, sexului sau invalidităţii.