Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Заявка на обслуживание по программе для пожилых людей
Senior Citizens Services Application

Мы рады, что вы хотите получать обслуживание по программе для пожилых людей и надеемся, что мы сможем вам помочь.

Чтобы определить, имеете ли вы право на бесплатное обслуживание или обслуживание со скидкой, мы просим вас предоставить вам следующую информацию. Вы имеете право подать заявку:

1. Если вам 60 лет, вы не работаете или работаете не более 20 часов в неделю
2. Если вам 65 или более лет.

Шаг 1

ФАМИЛИЯ ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ	ВОЗРАСТ	ПОЛ ☐ Мужской ☐ Женский ☐ Другое	ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (УЛИЦА, НОМЕР ДОМА, КВАРТИРА) ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС			ТЕЛЕФОН (КОД ГОРОДА)

РАСА / ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ: ПО ЖЕЛАНИЮ (ОТМЕТЬТЕ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

☐ Белый(-ая) ☐ Чернокожий(-ая) / афроамериканец(-ка) ☐ Американский индеец / коренной житель Аляски
☐ Лицо испанского происхождения/латиноамериканец(-ка)
☐ Латиноамериканец(-ка) / лицо не испанского происхождения ☐ Азиат(ка)
☐ Коренной житель Гавайев или других островов Тихого океана ☐ Принадлежит к двум или нескольким расам:

ЕСЛИ ВАМ 60 ИЛИ БОЛЕЕ ЛЕТ, НО МЕНЕЕ 65 ЛЕТ, ОТВЕТЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ

☐ Не работаю ☐ Работаю: ☐ 20 или менее часов в неделю ☐ Более 20 часов в неделю

Шаг 2

КОЛИЧЕСТВО ЧЛЕНОВ СЕМЬИ И СЕМЕЙНЫЕ АКТИВЫ (НЕ УКАЗЫВАЙТЕ ВЫКУПНУЮ СТОИМОСТЬ ПО СТРАХОВАНИЮ ЖИЛЬЯ, АВТОМОБИЛЯ ИЛИ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ)

ОТМЕТЬТЕ ОДИН ВАРИАНТ		ДА	НЕТ
☐ Один (1) человек	$10000	☐	☐
☐ Два (2) человека	$15000	☐	☐
☐ Три (3) человека	$16000	☐	☐
☐ Четыре (4) человека	$17000	☐	☐
☐ Пять (5) человек	$18000	☐	☐

ОБЩИЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД СЕМЬИ: $_____

Если доход вашей семьи равен или менее 40 % усредненного дохода по штату, и вы отметили «Да» в пункте о составе семьи и семейных активах, вы можете иметь право на обслуживание по сниженным тарифам.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ КОНСУЛЬТАНТОМ / ПОСТАВЩИКОМ

Вы будете должны оплачивать ___% стоимости каждой услуги.

Шаг 3

Декларация Департамента здравоохранения и социального обслуживания

Поданная вами информация используется для определения вашего права на услуги, предоставляемые по условиям Закона об обслуживании пожилых лиц (Senior Citizens Services Act). Ваша информация также может использоваться в рамках статистических исследований и иным образом в целях администрирования программы. Личная информация будет обработана с обязательным соблюдением строгой конфиденциальности в соответствии с законодательством штата Вашингтон. Департамент здравоохранения и социального обслуживания (Department of Social and Health Services) может связаться с вами позже с целью пересмотра вашего права на обслуживание.

Декларация понимания со стороны заявителя

Я прочитал(а) и понял(а) приведенную выше информацию и настоящим заявляю, что предоставленная мной информация является достоверной и полной, насколько мне это известно.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ДАТА	ПОДПИСЬ ОТ ИМЕНИ ЗАЯВИТЕЛЯ

Заявление консультанта / поставщика

Настоящее заявление проверено на достоверность информации.

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS / ПОСТАВЩИКА ДАТА	ПОДПИСЬ ОТ ИМЕНИ ЗАЯВИТЕЛЯ

Как лицо, подающее заявку на обслуживание по программе для пожилых людей, вы имеете определенные права, в том числе право на соблюдение таких прав в их отношении. У вас также есть определенные обязанности, которые вы должны выполнять для того, чтобы и далее получать обслуживание.

ВАШИ ПРАВА - ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО:

1. Запрашивать любую помощь или обслуживание, доступные в рамках программы для пожилых людей.
2. Получать вежливое и профессиональное обслуживание без дискриминации по признаку расы, цвета кожи, вероисповедания, половой принадлежности, сексуальной ориентации, религиозной принадлежности, политических взглядов, инвалидности, национальности, статуса ветерана или военнослужащего.
3. Своевременно получать решения, вынесенные по вашим запросам (в течение 10 дней).
4. Рассчитывать на то, что предоставляемая вами информация не будет раскрыта или использована в любых целях, не обусловленных необходимостью обеспечения надлежащего администрирования программы.
5. Запрашивать проведение неформального слушания в Территориальном управлении по делам пожилых людей (Area Agency on Aging). Если вы не удовлетворены результатами неформального слушания, вы можете запросить Департамент организовать административное слушание в соответствии с Регламентом 388-02 WAC.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ - ВЫ ОБЯЗАНЫ:

Предоставить достоверную и полную информацию в рамках вашего заявления и прочих форм, имеющих отношение к порядку определения наличия у вас права на участие в программе.

Запрашивать получение и пользоваться любыми услугами из других источников при наличии у вас соответствующих прав.

Сообщать поставщикам услуг о любых изменениях имени, адреса или обстоятельств, которые могут повлиять на ваше право участия в программе или размер вашей оплаты за оказанные услуги, в частности об изменениях в размере дохода, в перечне имеющихся ресурсов и составе семьи.