

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ЛЬГОТ APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS

Данное заявление предназначено исключительно для получения страхового обеспечения медицинских услуг для детей и подростков в возрасте до 19 лет. Любой человек может подать заявление от имени ребенка. Дети могут подавать заявление от своего имени. **Мы вышлем всю дополнительную информацию лицу, указанному в пункте 1.** Если у Вас есть вопросы или Вам нужна помощь в заполнении данной формы, позвоните по тел. 1-877-543-7669. Мы будем рады Вам помочь!

Пожалуйста, пишите печатными буквами, используя синие или чёрные чернила. Не пользуйтесь карандашом. **(Укажите родителя, опекуна или посредника, который будет получать дальнейшую информацию.)**

1. ИМЯ	ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА	ФАМИЛИЯ
2. ВАШ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	УЛИЦА	ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
3. АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
4. НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ	5. Трудно ли Вам говорить, читать или писать по-английски? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
ДОМАШНИЙ ()	Какой язык или другой формат Вам нужен? _____	
РАБОЧИЙ ()	Нужен ли Вам переводчик? (Если да, то мы поможем Вам с переводчиком.) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
ДЛЯ СООБЩЕНИЙ ()	На каком языке Вы говорите? _____	
	6. Есть ли дети до 19 лет, страдающие заболеваниями, требующими немедленного внимания? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
	Есть ли дома беременные женщины? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
	Если «да», то укажите имя? _____	

Общие сведения

7. Укажите членов семьи, **проживающих вместе.** (При необходимости, приложите отдельный лист бумаги со списком остальных членов семьи.)

ФИО (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ М или Ж	РОДСТВО С ВАМИ	ДАТА РОЖДЕНИЯ (М/Д/Г)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ *= НЕОБЯЗАТЕЛЬНО	ГРАЖД- АНИН США ДА НЕТ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ)	ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ РЕБЕНОК НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ США	
							УКАЖИТЕ ДАТУ ПРИБЫТИЯ РЕБЕНКА В США.	ИМЕЕТ ЛИ РЕБЕНОК ПОРУЧИТЕЛЯ? ДА НЕТ
A. Родитель, опекун или Вы сами				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. Супруг или другой родитель (если проживает в доме)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. Укажите детей и подростков младше 19 лет (которые хотят получить медицинские льготы)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. Укажите других взрослых и детей в доме (которые не хотят получить медицинские льготы)				*		Примечание: приложите любые документы, подтверждающие статус ребенка.		
				*				

8. Является ли ребенок в возрасте до 19 лет, проживающий в Вашем доме, инвалидом? Да Нет Если «Да», то укажите имя?

Расходы Данная информация может помочь Вашему ребёнку получить право на льготы.

9. Платите ли Вы за уход за ребенком в то время, когда Вы на работе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да», то сколько Вы платите в месяц? \$
Платите ли Вы кому-либо за уход за совершеннолетним иждивенцем, являющимся инвалидом, когда Вы на работе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да», то сколько Вы платите в месяц? \$
10. Производите ли Вы по распоряжению суда выплаты по содержанию ребёнка, который не проживает в Вашем доме? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если «Да», то сколько Вы платите в месяц? \$

Доход Укажите ПОЛНЫЙ доход (до вычета налогов и расходов).

(Приложите документ, подтверждающий размер дохода)

11. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ РОДИТЕЛЯ () ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ	ПРОЧИЕ ДОХОДЫ СЕМЬИ	СУММА, ПОЛУЧЕННАЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ	КАКОЙ ЧЛЕН СЕМЬИ ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТОТ ДОХОД?
	15. ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ	\$	
12. Сумма, которую Вы получили за последние 30 дней, до вычета налогов и расходов: \$ Какая сумма из этого дохода получена от самостоятельной предпринимательской деятельности?* \$	16. АЛИМЕНТЫ	\$	
	17. ВЫПЛАТЫ ПО СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ	\$	
	18. ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ	\$	
13. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ СУПРУГА (ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ДОМЕ) () ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ	19. ДОХОД ОТ ИНВЕСТИЦИЙ/ПРОЦЕНТЫ/ДИВИДЕНТЫ	\$	
	20. ПОСОБИЯ ВЕТЕРАНАМ	\$	
14. Сумма, полученная Вашим супругом (или другим родителем, проживающим в доме) за последние 30 дней, до вычета налогов и расходов: \$ Какая сумма из этого дохода получена от самостоятельной предпринимательской деятельности?* \$	21. ПОСОБИЯ ДЕПАРТАМЕНТА ТРУДА И ПРОМЫШЛЕННОСТИ	\$	
	22. ВЫПЛАТЫ СЕМЬЯМ ВОЕННЫХ	\$	
	23. ИНОЕ (поясните):	\$	
Если Вы или Ваш(а) супруг(а) (или другой родитель, который проживает с Вами) занимаетесь самостоятельной предпринимательской деятельностью, Вы можете получить другие скидки. За дополнительной информацией и помощью в подаче заявления позвоните по тел. 1-877-KIDS-NOW.		24. Нужна ли Вам помощь в оплате неоплаченных медицинских счетов за последние 3 месяца за обслуживание любого из детей, на которых Вы подаете заявление? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Да», то пришлите, пожалуйста копии документов о всех доходах семьи за все те месяцы, за которые Вы просите нас произвести пересмотр.	

Информация о медицинском страховании Укажите все виды медицинского страхования, которые Ваши дети уже имеют.

25А. Имеет ли кто-либо из детей, на которых Вы подаете заявление, медицинскую страховку? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	25В. Если «Да», покрывает ли эта страховка оплату услуг врачей, больницы, рентгеноскопии (радиологии) и лабораторных анализов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	26А. Имели ли Ваши дети страховку, связанную с местом работы, в течение последних 4 месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	26В. Если «Да», то составлял ли взнос за иждивенцев меньше \$50 в месяц? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
27. Если Вы ответили «Да» на любой из вышеперечисленных вопросов (25 А или В либо 26 А или В), то укажите, пожалуйста, название страховых компаний или работодателей, предоставляющих медицинское страхование для Ваших детей.			
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ИЛИ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР ПОЛИСА	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)

Расовая принадлежность и этническое происхождение детей (эта информация предоставляется добровольно)

Мы просим Вас добровольно предоставить нам информацию о расовой принадлежности и этническом происхождении Ваших детей. Эта информация не будет использована при рассмотрении вопроса о предоставлении Вам права на льготы.	<input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Латиноамериканец или выходец из Латинской Америки <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Иное:	<input type="checkbox"/> Азиатского происхождения
	При реализации всех программ и проведении всех мероприятий, которыми руководит Департамент социального обеспечения и здравоохранения, дискриминация запрещена. Никто не может быть исключён из таковых программ и мероприятий по причине расовой принадлежности, цвета кожи, убеждений, политических взглядов, национального происхождения, вероисповедания, возраста, пола или инвалидности.	

Перед тем, как подписывать, внимательно прочтите

Данное заявление предназначено исключительно для получения медицинских льгот детьми. Если кто-либо из Вашей семьи уже получает или хотел бы подать заявление о получении денежных, продовольственных (по программе basic food) или иных пособий, пожалуйста, обратитесь в свой местный Отдел социального обеспечения (Community Services Office,CSO) департамента DSHS.

- Для определения того, имеете ли Вы право на получение льгот, DSHS может попросить Вас документально подтвердить представленную Вами информацию. Вы можете обратиться в департамент DSHS за помощью в получении подтверждающих документов.
- Ваша информация может быть проверена другими ведомствами штата или федеральными ведомствами. Эта информация НЕ будет передана Службе иммиграции и натурализации (INS).
- Ваш запрос о получении медицинских льгот означает, что Вы передаёте штату Вашингтон все права на любую помощь и на любые платежи третьих лиц, предназначенные для оплаты медицинских услуг.
- DSHS может передать информацию о прививках Вашего ребенка Службе надзора за иммунизацией детей (Child Profile Immunization Tracking System).

ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ: Я прочитал(а) и понял(а) информацию, изложенную в настоящем заявлении. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что сведения, предоставленные мною в настоящем заявлении, являются, насколько мне известно, правдивым, точным и полными.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА
-------------------	------

Как подать заявление

ОТПРАВИТЬ ЕГО ПО ПОЧТЕ ПО АДРЕСУ:

**Department of Social and Health Services
PO Box 45449
Olympia, WA 98504-5449**

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ:



Если Вам нужна помощь или у Вас возникли вопросы, позвоните по тел.

**1-877-KIDS-NOW.
(1-877-543-7669)**

