

APLIKACIJA ZA DJEČIJU MEDICINSKU POMOĆ APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS

Ova aplikacija je samo za medicinsko pokriće djece i maloljetnika ispod 19. Bilo ko može aplicirati za dijete. Djeca mogu aplicirati u svoje ime. **Licu navedenom u odjeljku 1. ćemo poslati dodatne informacije.** Ako imate pitanja ili trebate pomoć u ispunjavanju ovog formulara, samo pozovite 1-877-543-7669. Rado ćemo vam pomoći.

Molimo pišite štampano u crnom ili plavom mastilu. Nemojte koristiti olovku. **(Navedite roditelja, staratelja ili kontakt osobu kojaće primiti dodatnu informaciju)**

| | | |
|---|--|--|
| 1. IME | INICIJAL SREDNJEG IMENA | PREZIME |
| 2. ADRESA GDJE ŽIVITE | ULICA | GRAD DRŽAVA POŠTANSKI BROJ |
| 3. POŠTANSKA ADRESA (AKO JE DRUGAČIJA) | GRAD | DRŽAVA POŠTANSKI BROJ |
| 4. TELEFON BROJEVI KUĆNI () POSAD () PORUKA () | 5. Imate li poteškoće u govoru, čitanju ili pisanju engleskog? Koji jezik ili alternativni format trebate _____ | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| | Treba li vam prevodilac? (Ako vam treba, mi ćemo vam pomoći preko prevodioca). Koji jezik govorite? _____ | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| | 6. Ima li dijete ispod 19 medicinsko stanje koje odmah zahtijeva ukazivanje pomoći? Je li iko u pokušaju trudan? Ako "da", ko? _____ | <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |

Opšta informacija

7. Navedite članove porodice koji **žive skupa**. (Ako je potrebno, prikažite odvojen list papira da navedete još članova porodice).

| IME (IME, SREDNJE IME, PREZIME) | POL M ili Ž | SRODSTV O | DATUM RODJENJA (MJ/DAN/GOD) | BR SOCIJALNOG OSIGURANJA *=PO IZBORU | SAD DRŽAV LJANIN DA NE | MJESTO RODJENJA (GRAD/DRŽAVA) | POPUNITE AKO DIJETE NJE | |
|---|-------------------|--------------|---------------------------------------|--|---|--|--|---|
| | | | | | | | DRŽAVLJANIN | SAD |
| A. Roditelj, Staratelj ili osobno | | | | * | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | NAVEDIT E DATUM DIJETETO VOG DOLASKA U SAD. | IMA LI DIJETE SPONZORA? DA NE |
| B. Supružnik ili drugi roditelj (Ako žive u kući) | | | | * | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| C. navedite djecu i maloljetne ispod 19(koji žele medicinsku pomoć) | | | | | <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. Navedite druge osrasle/djecu u kući(koji je žele medicinsku pomoć) | | | | * | | Napomena: Molimo zakačite bilo kakav dokumenat koji pokazuje status djeteta. | | |
| | | | | * | | | | |

8. Je li dijete ispod 19 u vašem pokuštvu invalid? Da Ne Ako "Da", ko?

Troškovi Ova informacija može pomoći vašoj djeci da kvalifikuju.

| |
|--|
| 9. Plaćate li za čuvanje djece dok ste na poslu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako "Da", koliko mjesečno? \$ |
| Plaćate li nekome da brine o odraslom invlidu članu obitelji dok ste na poslu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako "Da", koliko mjesečno? \$ |
| 10. Plaćate li sudski određenu alimentaciju za dijete koje ne živi u vašem domu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako "Da", koliko mjesečno? \$ |

Prihod Unesite NETO platu (prije taksi i troškova)

(Molimo zakažite dokaz prihoda za proteklih 30 dana)

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|
| 11. IME I BROJ TELEFONA POSLODAVCA RODITELJA () | DRUGI PRIHODI U POKUĆSTVU | IZNOS PRIMLJEN U PROTEKLJIH 30 DANA | KOJI ČLAN PORODICE ZARADJUJE OVAJ PRIHOD? |
| | 15. DJEČIJI DOHODAK | \$ | |
| 12. Iznos koji ste primili u zadnjih 30 dana prije oduzimanja taksi i troškova: \$ Koliko je od tog iznosa iz samo-zaposlenja* \$ | 16. ALIMENTACIJA | \$ | |
| | 17. NAPLATA SOCIJALNOG OSIGURANJA | \$ | |
| | 18. BENEFICIJE NEZAPOSLENJA | \$ | |
| 13. SUPRUŽNIČKI(ILI DRUGOG RODITELJA KOJI ŽIVI U KUĆI) POSLODAVAC-IME I BROJ TELEFONA () | 19. ULAGANJE/PRIHOD KAMATE/DIVIDENDE | \$ | |
| | 20. VETERANSKE BENEFICIJE | \$ | |
| 14. Iznos koji je vaš supružnik (ili drugi roditelj koji živi u kući) primio u proteklih 30 dana prije taksi u troškova: \$ Koliko je od tog iznosa iz samo-zaposlenja?* \$ | 21. RAD I DJELATNOSTI | \$ | |
| | 22. VOJNO DODJELJIVANJE | \$ | |
| | 23. DRUGO (Molimo navedite): | \$ | |
| *Ako ste vi ili vaš supružnik(ili drugi roditelj koji živi u kući) samo-zaposleni, možete dobiti druge dedukcije. Molimo pozovite 1-877-KIDS-NOW za više informacija ili pomoć za apliciranje. | 24. Treba li vam pomoć da platite neplaćene medicinske račune – u protekla 3 mjeseca – za bilo koje od djece za koje aplicirate? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako "Da",* molimo pošaljite kopije ukupnog prihoda u pokućstvu za mjesec koji želite da ramotrimo. | | |

Informacija o zdravstvenom osiguranju. Recite nam o bilo kojem zdravstvenom osiguranju koje vaša **djeca** već imaju.

| | | | |
|---|---|--|--|
| 25A. Ima li ijedno dijete za koje aplicirate zdravstveno osiguranje? Da <input type="checkbox"/> Ne | 25B. Ako "Da", da li to osiguranje pokriva doktora, bolnicu,rendgen(radiologija) i usluge laboratorije? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne | 26A. Da li su vaša djeca bila pokrivena osiguranjem poslodavca u protekla 4 mjeseca? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne | 26B. Ako "Da", da li je glavnica koštala manje od \$50 mjesečno po članu porodice? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne |
| 27. Ako ste obilježili "Da"bilo koje od gornjih pitanja (25 A ili B ili 26 A ili B), molimo navedite ime osiguravajuće kompanije ili poslodavca koji je obezbijedio zdravstveno osiguranje za vašu djecu. | | | |
| OSIGURAVAJUĆE DRUŠTVO ILI POSLODAVAC | BROJ POLISE | IME NOSIOCA POLISE | BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA NOSIOCA POLISE (NEOBAVEZNO) |
| | | | |

Dječija rasa/etničko porijeklo(Dobrovoljna informacija)

| | | | |
|--|---|---|---|
| Tražimo da nam dobrovoljno kažete rasu ili etničko porijeklo vaše djece. Ova informacija neće se uzimati u obzir u razmatranju za podobnost. | <input type="checkbox"/> American Indian ili Alaskan Native | <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Black ili African American |
| | <input type="checkbox"/> Hispanic ili Latino | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian ili Other Pacific Islander | |
| | <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Other: | |
| Discriminacija je zabranjena u svim programima i aktivnostima koje vodi Služba za zdravstvenu i socijalnu pomoć. Niko neće biti isključen iz ovih programa i aktivnosti po osnovu rase, boje, porijekla, političkih ubjedenja, nacionalnog porijekla, religije, starosti, pola ili invaliditeta. | | | |

Pažljivo pročitajte prije potpisivanja.

Ova aplikacija je jedino za medicinske beneficije djece. Ako iko u vašoj porodici već prima, ili bi želio da aplicira za keš beneficije, osnovnu hranu ili druge beneficije, molimo kontaktirajte vašu lokalnu SHS Kancelariju za Community Services (CSO).

- DSHS može od vas tražiti da dokažete informacije koje im dajete da vide jeste li podobni. Možete tražiti od DSHS za pomoć u pribavljanju dokaza.
- Vašu informaciju mogu pregledati druge državne ili federalne agencije. Ova informacija se NEĆE dijeliti sa Službom za imigraciju i naturalizaciju (INS).
- Tražeći i dobivši beneficije zdravstvene pomoć, dajete državi Vaćington sva prava na bilo kakvu medicinsku pomoć i plaćanje zdravstvenih usluga od treće strane.
- DSHS može dijeliti istoriju vakcinacija vašeg djeteta sa Sistemom za praćenje vakcinisanja djece.

DEKLARACIJA I POTPIS: Pročitao sam i razumio informaciju u ovoj aplikaciji. Izjavljujem, pod kaznom za krivokletstvo, da je koliko ja znam, informacija koju sam dao u ovoj aplikaciji istinita, ispravna, i potpuna.

| | |
|-------------------|-------|
| POTPIS PODNOSIOCA | DATUM |
|-------------------|-------|

Kako da dostavite

POŠALJITE NA: Department of Social and Health Services
PO Box 45449
Olympia, WA 98504-5449



ZA POMOĆ: Ako vam treba pomoć ili imate pitanja, molimo pozovite
1-877-KIDS-NOW.
(1-877-543-7669)

