

# Заявление на медицинское страхование



Здесь Вы можете получить доступное медицинское страхование, включая Medi-Cal



## См. внутреннюю сторону

Что необходимо знать	1
Заявление	2-19
Приложения A-F	20-28
Часто задаваемые вопросы (ЧЗВ)	29-33

Covered California – место, где любое лицо и любая семья может получить доступное медицинское страхование. Подав всего одно заявление, Вы узнаете, соответствуете ли Вы требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования, включая Medi-Cal.

### Covered California™ в штате Калифорния помогает Вам и Вашей семье получить медицинское страхование.

Наличие медицинского страхования позволяет Вам сохранять спокойствие и хорошее здоровье. Имея медицинское страхование, Вы можете быть уверены, что Вы и Ваша семья будет получать необходимые медицинские услуги.

### Используйте это заявление, чтобы узнать, для каких вариантов медицинского страхования Вы соответствуете требованиям:

- Бесплатное или доступное страхование через Medi-Cal
- Доступное страхование для беременных женщин в рамках программы «Access for Infants and Mothers» (AIM)
- Доступные планы частного медицинского страхования
- Помощь в оплате медицинского страхования

➔ Вы можете соответствовать требованиям для бесплатной или доступной программы медицинского страхования, даже если Ваш доход составляет до 94 000 долларов в год на семью из 4 человек.

➔ Вы можете использовать это заявление для любого лица в составе Вашей семьи, даже если у него/нее в настоящее время имеется медицинское страхование.

Подайте заявление быстрее через Covered California на вебсайте CoveredCA.com

Или позвоните: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500)

Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00.

## Вы можете получить это заявление на других языках

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ភាសាខ្មែរ	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

Позвоните по номеру 1-800-778-7695, чтобы получить это заявление в других форматах, например, крупным шрифтом.



# Что необходимо знать

## Что необходимо знать при подаче заявления

- Номера социального страхования для подателей заявления, являющихся гражданами США, или данные документов иммигрантов с удовлетворительным иммиграционным статусом, нуждающихся в медицинском страховании. Подтверждение гражданства или иммиграционного статуса требуется только для подателей заявления.
  - Данные о работодателях и доходах всех лиц в Вашей семье.
  - Ваши данные о федеральном налоге. Например, лицо, подающее налоговую декларацию в качестве главы семьи, и лица на иждивении, указанные в налоговых документах.
  - Данные о медицинском страховании, которое Вы или член Вашей семьи получает через работодателя.
- ➔ Мы просим предоставить данные о доходах и другие данные для предоставления максимальных льгот для Вас и Вашей семьи.
- ➔ **В соответствии с требованиями законодательства, вся информация является строго конфиденциальной.** Мы используем предоставляемую информацию только для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования.
- ➔ Семьи, в составе которых есть иммигранты, могут подавать заявление. Вы можете подать заявление на Вашего ребенка, даже если Вы не соответствуете требованиям для получения медицинского страхования. Подача заявления на Вашего соответствующего требованиям ребенка не окажет влияния на Ваш иммиграционный статус или получение статуса постоянного жителя или гражданина США.
- ➔ Если Вы не подаете налоговую декларацию, Вы, тем не менее, можете соответствовать требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования через Medi-Cal.
- ➔ Если Вы являетесь представителем признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски и получаете услуги через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, Вы, тем не менее, можете соответствовать требованиям для получения медицинского страхования через Covered California.

## Подайте заявление быстрее онлайн

Подайте заявление онлайн на вебсайте **CoveredCA.com**. Это безопасно и быстро – и Вы получите результаты быстрее!

## После заполнения заявления

Отправьте заполненное и подписанное заявление по почте по адресу:

Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725

- ➔ **Если у Вас нет всей необходимой информации, мы рекомендуем Вам, тем не менее, подписать и отправить заявление.** Мы можем позвонить Вам, чтобы помочь Вам завершить процесс заполнения заявления.
- ➔ **Не отправляйте оплату за регистрацию в плане медицинского страхования с этим заявлением.** Вы получите счет от Вашего плана медицинского страхования с указанием суммы, которую Вы должны заплатить.

## Обратитесь за помощью в заполнении этого заявления

Мы всегда рады и готовы помочь Вам! Вы можете получить помощь бесплатно.

- **Онлайн:** CoveredCA.com
- **По телефону:** Позвоните в наш Центр обслуживания клиентов по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00.
- **Лично:** У нас работают специально обученные Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию, которые могут Вам помочь. Чтобы ознакомиться со списком Сертифицированных консультантов по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированных агентов, работающих по Вашему месту жительства или работы, или чтобы ознакомиться со списком ближайших офисов социальных служб округа, посетите вебсайт **CoveredCA.com** или позвоните по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Эта помощь предоставляется бесплатно!
- Если у Вас ограниченные физические возможности или какие-либо иные особые потребности, мы можем оказать Вам помощь в заполнении этого заявления бесплатно. Вы можете лично обратиться в местный офис социальных служб округа или позвонить в наш Отдел обслуживания клиентов по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

Начните заполнение заявления здесь (используйте только синие или черные чернила)

## Этап 1:

### Расскажите нам о совершеннолетнем лице, являющимся нашим основным контактным лицом по этому заявлению

Имя \_\_\_\_\_ Среднее имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Суффикс (например: ст., мл., III, IV) \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_ Квартира № \_\_\_\_\_

Город (домашний адрес) \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_

Отметьте здесь, если у Вас нет домашнего адреса. Вы должны указать Ваш почтовый адрес ниже.

Отметьте здесь, если Ваш почтовый адрес идентичен Вашему домашнему адресу.  
Если адреса не являются идентичными, Вы должны указать Ваш почтовый адрес ниже:

Почтовый адрес или п/я (если отличается от домашнего адреса) \_\_\_\_\_ Квартира № \_\_\_\_\_

Город (почтовый адрес) \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_

Наиболее удобный номер телефона для связи

Домашний  Сотовый  Рабочий

Номер: (        )        —

Другой номер телефона

Домашний  Сотовый  Рабочий

Номер: (        )        —

На каком языке нам следует адресовать Вам корреспонденцию?

На каком языке нам следует разговаривать при личном общении с Вами?

Каким образом Вы хотели бы получать информацию относительно этого заявления?

По телефону  По почте  По электронной почте \_\_\_\_\_

### Подаете ли Вы заявление на ребенка в возрасте до 1 года?

Младенцы в возрасте до 1 года соответствуют требованиям программы Medi-Cal, если на момент рождения ребенка мать была зарегистрирована в программе Medi-Cal или AIM. Вам не нужно заполнять это заявление для получения услуг через Medi-Cal для младенца, мать которого на момент рождения ребенка была зарегистрирована в программе Medi-Cal или AIM. Позвоните в местный офис социальных служб округа после рождения ребенка, чтобы подтвердить медицинское страхование ребенка. Или укажите необходимую информацию ниже.

Не обязательно: Если Вы укажете необходимую информацию ниже, младенец может автоматически соответствовать требованиям программы Medi-Cal. Вам не нужно заполнять Этап 2 этого заявления в отношении младенца.

Подаете ли Вы заявление на ребенка в возрасте до 1 года?  Да  Нет

Если да, была ли мать ребенка зарегистрирована в программе Medi-Cal или AIM на момент рождения ребенка?  Да  Нет

Если да, будет ли мать ребенка указана в этом заявлении?  Да  Нет

Если да, мать ребенка является Лицом № \_\_\_\_\_ в этом заявлении

Если нет, как зовут мать ребенка (имя и фамилия)? \_\_\_\_\_

Пожалуйста, укажите номер Medi-Cal, номер AIM или номер социального страхования (SSN) матери ребенка \_\_\_\_\_

### Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 2:

## Расскажите нам о себе и Вашей семье

Данные о Вашем доходе и размере семьи помогут нам определить, для каких программ Вы соответствуете требованиям. Благодаря этой информации мы можем обеспечить наилучшее медицинское страхование для каждого лица, указанного в заявлении.

### Вы должны включить следующих лиц в это заявление:

- Ваш (-а) супруг (-а)
- Дети, проживающие с нами
- Все родители, проживающие в доме со своим ребенком
- Все лица, указанные в Вашей налоговой декларации, если Вы подаете налоговую декларацию. Вам не обязательно подавать налоговую декларацию, чтобы подать заявление на медицинское страхование.
- ★ Если Вы указаны в качестве лица на иждивении в налоговой декларации другого лица, Вы должны включить всех членов семьи, подающей налоговую декларацию, в которой указаны Вы и члены семьи, проживающие с Вами.
- ★ Все другие лица, проживающие с Вами – например, парень, девушка или сосед (-ка) по комнате – должны подать **отдельное** заявление, если они хотят получить медицинское страхование.

### Заполните данные Этапа 2 на каждого члена Вашей семьи. Начните с себя!

- Чтобы подать это заявление на более чем четырех человек, **сделайте копии страниц 6-8** для каждого дополнительного лица.
- В соответствии с требованиями законодательства, вся информация является строго конфиденциальной. Мы используем персональные данные только для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования. Вам не нужно указывать иммиграционный статус или номер социального страхования (SSN) членов Вашей семьи, не подающих заявление на медицинское страхование.

### Лицо 1 Расскажите нам о себе.

Имя	Среднее имя	Фамилия	Суффикс (например: ст., мл., III, IV)	Степень родства с Вами <b>Я сам (-а)</b>
Ваш пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Ваше семейное положение: <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> Партнер в гражданском браке		<input type="checkbox"/> Никогда не был (-а) женат (замужем) <input type="checkbox"/> Разведен (-а) <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)	
Дата рождения (месяц / день / год)	Являетесь ли Вы беременной женщиной? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <i>Если да</i> , сколько ожидается младенцев? _____ Какова предположительная дата родов? _____			

### Подача заявления на медицинское страхование

Даже если сейчас у Вас есть медицинское страхование, Вы можете найти лучшие медицинские услуги или более низкие цены.

- ▶ Подаете ли Вы заявление на медицинское страхование для себя?  
 Да *Если да*, ответьте на вопросы ниже и заполните страницы 4 и 5.  
 Нет Если Вы **не** подаете заявление для себя, но подаете заявление для лица на иждивении, обязательно заполните страницу 5.  
 Нет Если Вы **не** подаете заявление для себя или лица на иждивении, перейдите к странице 6.

★ Номер социального страхования (SSN) ____ - ____ - ____ - ____	Если у Вас <b>нет</b> номера социального страхования (SSN), какова причина его отсутствия? <input type="checkbox"/> Идентификационный номер налогоплательщика для усыновляемого ребенка (ATIN) _____ <input type="checkbox"/> Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN) _____ <input type="checkbox"/> Исключение по религиозным причи <input type="checkbox"/> Я не соответствую требованиям для получения номера социального страхования (SSN)
--	---

- ★ Вы должны указать номер социального страхования (SSN), если Вы хотите подать заявление на медицинское страхование. Мы используем номера SSN для проверки данных о доходах и другой информации. Даже если Вы не подаете заявление для себя, Ваш номер SSN позволит нам быстрее рассмотреть Ваше заявление. Обязательно укажите Ваш номер SSN, если Вы подаете заявление не для себя, но Вы подаете налоговую декларацию и подаете заявление на члена Вашей семьи, указанного в Вашей налоговой декларации.

Если кто-либо из подателей заявления не имеет номера SSN и нуждается в помощи с его получением, позвоните по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500) или посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

Лицо 1 продолжение на следующей странице 



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).

## Этап 2:

## Лицо 1 (продолжение)

**Данные о федеральном подоходном налоге** Если Вы не подаете налоговую декларацию, Вы, тем не менее, можете соответствовать требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования через Medi-Cal. Ваша информация является строго конфиденциальной. Мы используем предоставляемую Вами информацию только для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования.

Являетесь ли Вы основным подателем налоговой декларации (Ваше имя указано первым в налоговой декларации)?  Да  Нет  
Только одно лицо, указанное в этом заявлении, может являться основным подателем налоговой декларации.

Будете ли Вы подавать налоговую декларацию за год **получения** льгот?  
 Да  Нет

Если да, каким образом Вы будете подавать налоговую декларацию?  
 Глава семьи  Не женат (не замужем)  
 Женат (замужем), совместная налоговая декларация  
 Женат (замужем), раздельная налоговая декларация

Заявляет ли кто-либо Вас в качестве лица на иждивении в его/ее налоговой декларации?  Да  Нет **Если да**, кто?

Лицо № \_\_\_\_\_ в этом заявлении  
 Это лицо является родителем без права опеки  
 Это лицо является родителем без права опеки, не указанным в этом заявлении

Имеется ли у Вас другое медицинское страхование, или предлагается ли Вам медицинское страхование через работодателя?  Да  Нет  
Если да, заполните Приложение В на страницах 22 и 23.

Есть ли у Вас ограниченные физические возможности в связи с физическим, психическим, эмоциональным заболеванием или задержкой развития?  Да  Нет См. ЧЗВ № 27, где содержится подробная информация об определении термина «ограниченные физические возможности».

Требуется ли Вам долгосрочный уход или медицинские услуги на дому или по месту проживания на районном уровне?  Да  Нет

Являетесь ли Вы гражданином США?  Да  Нет

Если Вы **не** являетесь гражданином США, ответьте на следующие вопросы:

Является ли Ваш иммиграционный статус удовлетворительным?  Да **Чтобы проверить, является ли Ваш статус удовлетворительным, перейдите к Приложению E на странице 27, где приведен соответствующий список. Затем укажите данные иммиграционного документа ниже. В большинстве случаев ID-номер документа является Ваш Регистрационный номер иностранного лица, проживающего на территории США (Alien Registration Number).**

Тип документа: \_\_\_\_\_ ID-номер: \_\_\_\_\_

Страна выдачи: \_\_\_\_\_ Дата истечения срока действия: \_\_\_\_\_

Имя, как указано в документе: \_\_\_\_\_

Проживаете ли Вы в США с 1996 года?  
 Да  Нет

Являетесь ли Вы, Ваш (-а) супруг (-а) или неженатый сын/незамужняя дочь на Вашем иждивении уволенным в запас ветераном или военнослужащим, состоящим на военной службе в Вооруженных силах США?  Да  Нет

Получаете ли Вы льготы в рамках Medicare?  
 Да  Нет

Были ли у Вас медицинские расходы в течение последних 3 месяцев, с оплатой которых Вам необходима помощь?  Да  Нет

Проживают ли с Вами дети в возрасте до 19 лет?  Да  Нет  
Если да, являетесь ли Вы лицом, обеспечивающим этого ребенка или детей?  Да  Нет

Являетесь ли Вы лицом в возрасте от 18 до 20 лет и студентом на дневном обучении?  Да  Нет

Являетесь ли Вы лицом в возрасте от 18 до 26 лет?  Да  Нет

Если да, находились ли Вы на воспитании в приемной семье на момент Вашего совершеннолетия?  Да  Нет

Являетесь ли Вы лицом в возрасте 18 лет или младше?  Да  Нет Сколько родителей проживает с Вами? \_\_\_\_\_

Проживаете ли Вы временно за пределами штата?  Да  Нет

Если Вы хотите выбрать план медицинского страхования сейчас, отметьте здесь  и заполните Приложение D на странице 25.

**Расскажите нам о Вашей расовой принадлежности** Эта информация является конфиденциальной и используется только для обеспечения всеобщего доступа к медицинскому страхованию. Она не используется для определения типа медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.

Какова Ваша расовая принадлежность? (не обязательно; отметьте все подходящие ответы)

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Белая раса   | <input type="checkbox"/> Камбоджийская национальность    | <input type="checkbox"/> Японская национальность            | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гуама или национальность народности чаморро |
| <input type="checkbox"/> Негроидная раса или афроамериканское происхождение | <input type="checkbox"/> Китайская национальность        | <input type="checkbox"/> Корейская национальность           | <input type="checkbox"/> Самоанское происхождение                                    |
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски     | <input type="checkbox"/> Филиппинская национальность     | <input type="checkbox"/> Лаосская национальность            | <input type="checkbox"/> Другое _____  |
| <input type="checkbox"/> Индусская национальность                           | <input type="checkbox"/> Национальность народности хмонг | <input type="checkbox"/> Вьетнамская национальность         |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов |  |

Являетесь ли вы лицом латиноамериканского или испанского происхождения? (не обязательно)  
 Да  Нет

Если да, отметьте соответствующий вариант:  
 Мексиканское происхождение, американец мексиканского происхождения, чикано  
 Сальвадорское происхождение  
 Гватемальское происхождение  
 Кубинское происхождение  
 Пуэрториканское происхождение  
 Другое латиноамериканское или испанское происхождение: \_\_\_\_\_

★  Отметьте здесь, если Вы являетесь представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, и заполните Приложение А на страницах 20 и 21.

Лицо 1 продолжение на следующей странице 

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 2:

## Лицо 1 (продолжение)

### Расскажите нам о Вашей текущей работе и заработной плате

Приложите дополнительный лист бумаги, если Вам необходимо больше места для ответа.

Работаете ли Вы в настоящее время?  Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

#### ► Где Вы работаете в настоящее время? Если у Вас есть другие работы, приложите дополнительный лист бумаги.

##### РАБОТА 1:

Как Вы получаете заработную плату?

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Имя работодателя (не обязательно) \_\_\_\_\_

Сколько Вы получаете (до вычета налогов)? \$ \_\_\_\_\_

##### РАБОТА 2:

Как Вы получаете заработную плату?

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Имя работодателя (не обязательно) \_\_\_\_\_

Сколько Вы получаете (до вычета налогов)? \$ \_\_\_\_\_

#### ► Являетесь ли Вы частным предпринимателем

##### РАБОТА 1: Являетесь ли Вы частным предпринимателем?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

Тип работы \_\_\_\_\_

Сколько *чистого дохода* Вы получите от частной предпринимательской деятельности в текущем месяце? \$ \_\_\_\_\_  
*Чистый доход означает остаток средств после оплаты всех расходов. В Приложении Е на странице 27 приведен список учитываемых доходов и расходов.*

##### РАБОТА 2: Являетесь ли Вы частным предпринимателем?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

Тип работы \_\_\_\_\_

Сколько *чистого дохода* Вы получите от частной предпринимательской деятельности в текущем месяце? \$ \_\_\_\_\_  
*Чистый доход означает остаток средств после оплаты всех расходов. В Приложении Е на странице 27 приведен список учитываемых доходов и расходов.*

#### ► Имеется ли у Вас другой доход? Другой доход означает средства из другого источника, кроме Вашей работы. Не включайте в другой доход пособия на содержание ребенка, выплаты ветеранам или пособия в рамках программы «Supplemental Security Income» (SSI). См. Приложение Е на странице 27, где приведены примеры других доходов.

Имеется ли у Вас другой доход?  Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу об изменении дохода на этой странице.

Каков источник этого дохода?

Как часто Вы получаете деньги? (отметьте один ответ)

Сколько?

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

\$

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

\$

#### ► Меняется ли Ваш доход в зависимости от месяца? Если да, ответьте на два вопроса ниже.

По Вашему мнению, каков будет Ваш общий доход в **текущем** году?  
 (не обязательно) \$ \_\_\_\_\_

Если Вы ожидаете, что Ваш доход изменится в **следующем** году, каков будет Ваш новый общий доход? (не обязательно) \$ \_\_\_\_\_

#### ► Имеются ли у Вас налоговые вычеты? Если Вы оплачиваете определенные расходы, которые вычитаются из федерального подоходного налога, укажите это, поскольку это может снизить стоимость медицинского страхования. Не включайте в налоговые вычеты расходы, связанные с частной предпринимательской деятельностью. В Приложении Е на странице 27 перечислены другие типы налоговых вычетов.

Имеются ли у Вас налоговые вычеты?  Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к следующей странице.

Тип вычета

Как часто Вы получаете или оплачиваете этот вычет? (отметьте один ответ)

Сколько?

- Выплаченные алименты  
 Процентная ставка по кредиту на обучение  
 Другое

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

\$

- Выплаченные алименты  
 Процентная ставка по кредиту на обучение  
 Другое

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

\$



**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

## Этап 2:

**Лицо 2** Расскажите нам о **следующем лице**, проживающем в Вашем доме. Если Вы включаете более четырех человек в это заявление, сделайте копии страниц 6–8 для каждого дополнительного лица.

Имя	Среднее имя	Фамилия	Суффикс (например: ст., мл., III, IV)	Степень родства с Вами
-----	-------------	---------	---------------------------------------	------------------------

- Отметьте здесь, если домашний адрес этого лица идентичен домашнему адресу основного контактного лица.  
**Если адреса не являются идентичными**, Вы должны указать домашний адрес этого лица ниже:

Домашний адрес			Квартира №	
Город (почтовый адрес)	Штат	Почтовый индекс	Округ	

- Отметьте здесь, если у этого лица нет домашнего адреса. Вы должны указать почтовый адрес ниже.

- Отметьте здесь, если почтовый адрес этого лица идентичен почтовому адресу основного контактного лица.  
**Если адреса не являются идентичными**, должны указать почтовый адрес этого лица ниже:

Почтовый адрес или п/я (если отличается от домашнего адреса)			Квартира №	
Город (почтовый адрес)	Штат	Почтовый индекс	Округ	

Наиболее удобный номер телефона для связи	Другой номер телефона
<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий	<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий
Номер: ( ) —	Номер: ( ) —

Электронный адрес:

На каком языке нам следует адресовать корреспонденцию этому лицу?  На каком языке нам следует разговаривать при личном общении с этим лицом?

Пол этого лица:	Семейное положение этого лица:
<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Никогда не был (-а) женат (замужем) <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> Разведен (-а) <input type="checkbox"/> Партнер в гражданском браке <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)

Дата рождения (месяц / день / год)	Является ли это лицо беременной женщиной? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Если да</b> сколько ожидается младенцев? ____ Какова предполагаемая дата родов? _____
------------------------------------	--

### Подача заявления на медицинское страхование

Даже если сейчас у этого лица имеется медицинское страхование, Вы можете найти лучшие медицинские услуги или более низкие цены.

- ▶ Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование?

- Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, данные о номере социального страхования (SSN) не являются обязательными.

★ Номер социального страхования (SSN)  — — — — —	Если у этого лица нет номера социального страхования (SSN), какова причина его отсутствия?
	<input type="checkbox"/> Идентификационный номер налогоплательщика для усыновляемого ребенка (ATIN) _____
	<input type="checkbox"/> Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN) _____
<input type="checkbox"/> Исключение по религиозным причинам <input type="checkbox"/> Это лицо не соответствует требованиям для получения номера социального страхования (SSN)	

**Данные о федеральном подоходном налоге** Если это лицо не подает налоговую декларацию, он/она, тем не менее, может соответствовать требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования через Medi-Cal. Вся информация является строго конфиденциальной. Мы используем предоставляемую информацию только для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования.

Является ли это лицо основным подателем налоговой декларации (его/ее имя указано первым в налоговой декларации)?  Да  Нет  
Только одно лицо, указанное в этом заявлении, может являться основным подателем налоговой декларации.

Будет ли это лицо подавать налоговую декларацию за год <b>получения</b> льгот? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Заявляет ли кто-либо это лицо в качестве лица на иждивении в его/ее налоговой декларации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<b>Если да</b> , каким образом он/она будет подавать налоговую декларацию? <input type="checkbox"/> Глава семьи <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Лицо на иждивении <input type="checkbox"/> Женат (замужем), совместная налоговая декларация <input type="checkbox"/> Женат (замужем), раздельная налоговая декларация	<b>Если да</b> , кто? <input type="checkbox"/> Лицо № _____ в этом заявлении <input type="checkbox"/> Это лицо является родителем без права опеки <input type="checkbox"/> Это лицо является родителем без права опеки, не указанным в это заявление

Лицо 2 продолжение на следующей странице 

### Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).  
Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00.  
Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 2:

## Лицо 2 (продолжение)

Имеется ли у этого лица другое медицинское страхование, или предлагается ли этому лицу медицинское страхование через работодателя?  Да  Нет  
*Если да, заполните Приложение В на страницах 22 и 23.*

Имеются ли у этого лица ограниченные физические возможности в связи с физическим, психическим, эмоциональным заболеванием или задержкой развития?  
 Да  Нет

*См. ЧЗВ № 27, где содержится подробная информация об определении термина «ограниченные физические возможности».*

Требуется ли этому лицу долгосрочный уход или медицинские услуги на дому или по месту проживания на районном уровне?  
 Да  Нет

Является ли это лицо гражданином США?  Да  Нет

Если это лицо **не** является гражданином США, ответьте на следующие вопросы:

Является ли иммиграционный статус этого лица удовлетворительным?  Да *Чтобы проверить, является ли статус этого лица удовлетворительным, перейдите к Приложению Е на странице 27. В нем приведен соответствующий список. Затем укажите данные иммиграционного документа ниже. В большинстве случаев ID-номером документа является Ваш Регистрационный номер иностранного лица, проживающего на территории США (Alien Registration Number).*

Тип документа: \_\_\_\_\_ ID-номер: \_\_\_\_\_

Страна выдачи: \_\_\_\_\_ Дата истечения срока действия: \_\_\_\_\_

Имя, как указано в документе: \_\_\_\_\_

Проживает ли это лицо в США с 1996 года?  Да  Нет

Является ли это лицо, супруг (-а) этого лица или его/ее неженатый сын/незамужняя дочь на его/ее иждивении уволенным в запас ветераном или военнослужащим, состоящим на военной службе в вооруженных силах США?  Да  Нет

Получает ли это лицо льготы в рамках Medicare?

Да  Нет

Были ли у этого лица медицинские расходы в течение последних 3 месяцев, с оплатой которых ему/ей необходима помощь?  Да  Нет

Проживают ли с этим лицом дети в возрасте до 19 лет?  Да  Нет

*Если да, является ли он/она лицом, обеспечивающим этого ребенка или детей?*  Да  Нет

Является ли он/она лицом в возрасте от 18 до 20 лет и студентом на дневном обучении?  Да  Нет

Является ли он/она лицом в возрасте от 18 до 26 лет?  Да  Нет

*Если да, находилось ли это лицо на воспитании в приемной семье на момент его/ее совершеннолетия?*  Да  Нет

Является ли он/она лицом в возрасте 18 лет или младше  Да  Нет Сколько родителей проживает с этим лицом? \_\_\_\_\_

Проживает ли это лицо Вы временно за пределами штата?  Да  Нет

**Расскажите нам о расовой принадлежности этого лица** *Эта информация является конфиденциальной и используется только для обеспечения всеобщего доступа к медицинскому страхованию. Она не используется для определения типа медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.*

Какова расовая принадлежность этого лица? *(не обязательно; отметьте все подходящие ответы)*

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Белая раса   | <input type="checkbox"/> Индусская национальность        | <input type="checkbox"/> Японская национальность            | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гуама или национальность народности чаморро |
| <input type="checkbox"/> Негроидная раса или афроамериканское происхождение | <input type="checkbox"/> Камбоджийская национальность    | <input type="checkbox"/> Корейская национальность           | <input type="checkbox"/> Самоанское происхождение                                    |
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски     | <input type="checkbox"/> Китайская национальность        | <input type="checkbox"/> Лаосская национальность            | <input type="checkbox"/> Другое _____  |
|   | <input type="checkbox"/> Филиппинская национальность     | <input type="checkbox"/> Вьетнамская национальность         |  |
|   | <input type="checkbox"/> Национальность народности хмонг | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов |  |

Являетесь ли Вы лицом латиноамериканского или испанского происхождения? *(не обязательно)*  Да  Нет

*Если да, отметьте соответствующий вариант:*

- Мексиканское происхождение, американец мексиканского происхождения, чикано
- Сальвадорское происхождение
- Гватемальское происхождение
- Кубинское происхождение
- Пуэрториканское происхождение
- Другое латиноамериканское или испанское происхождение: \_\_\_\_\_

★  Отметьте здесь, если Вы являетесь представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, и заполните Приложение А на страницах 20 и 21.

Лицо 2 продолжение на следующей странице 

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 2:

## Лицо 2 (продолжение)

### Расскажите нам о текущей работе и заработной плате этого лица

Приложите дополнительный лист бумаги, если Вам необходимо больше места для ответа.

Работаете ли это лицо в настоящее время?  Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

► **Где работает это лицо в настоящее время?** Если у него/нее есть другие работы, приложите дополнительный лист бумаги.

#### РАБОТА 1:

Как это лицо получает заработную плату?

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Имя работодателя (не обязательно)

Сколько получает это лицо (до вычета налогов)? \$ \_\_\_\_\_

#### РАБОТА 2:

Как это лицо получает заработную плату?

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Имя работодателя (не обязательно)

Сколько получает это лицо (до вычета налогов)? \$ \_\_\_\_\_

► **Является ли это лицо частным предпринимателем?**

**РАБОТА 1:** Является ли это лицо частным предпринимателем?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

Тип работы

Сколько *чистого дохода* получит это лицо от частной предпринимательской деятельности в текущем месяце? \$ \_\_\_\_\_  
*Чистый доход означает остаток средств после оплаты всех расходов. В Приложении Е на странице 27 приведен список учитываемых доходов и расходов.*

**РАБОТА 2:** Является ли это лицо частным предпринимателем?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

Тип работы

Сколько *чистого дохода* получит это лицо от частной предпринимательской деятельности в текущем месяце? \$ \_\_\_\_\_  
*Чистый доход означает остаток средств после оплаты всех расходов. В Приложении Е на странице 27 приведен список учитываемых расходов и доходов.*

► **Имеется ли у этого лица другой доход?** Другой доход означает средства из другого источника, кроме Вашей работы. См. Приложение Е на странице 27, где приведены примеры других доходов. Не включайте в другой доход пособия на содержание ребенка, выплаты ветеранам или пособия в рамках программы «Supplemental Security Income» (SSI).

Имеется ли у этого лица другой доход?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу об изменении дохода на этой странице.

Каков источник этого дохода?

Как часто это лицо получает деньги? (отметьте один ответ)

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Сколько?

\$

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  One-time payment (See FAQ #33 on page 33.)

\$

► **Меняется ли доход этого лица в зависимости от месяца?** Если да, ответьте на два вопроса ниже.

По его/ее мнению, каков будет общий доход этого лица в **текущем** году? (не обязательно) \$ \_\_\_\_\_

Если Вы ожидаете, что доход этого лица изменится в **следующем** году, каков будет его/ее новый общий доход? (не обязательно) \$ \_\_\_\_\_

► **Имеются ли у этого лица налоговые вычеты?** Если он/она оплачивает определенные расходы, которые вычитаются из федерального подоходного налога, укажите это, поскольку это может снизить стоимость медицинского страхования. Не включайте в налоговые вычеты расходы, связанные с частной предпринимательской деятельностью. В Приложении Е на странице 27 перечислены другие типы налоговых вычетов.

Имеются ли у этого лица налоговые вычеты?  Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к следующей странице.

Тип вычета

Как часто это лицо получает или оплачивает этот вычет? (отметьте один ответ)

- Выплаченные алименты  
 Процентная ставка по кредиту на обучение  
 Другое
- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Сколько?

\$

- Выплаченные алименты  
 Процентная ставка по кредиту на обучение  
 Другое
- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

\$

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 2:

**Лицо 3** Расскажите нам о **следующем лице**, проживающем в Вашем доме. Если Вы включаете более четырех человек в это заявление, сделайте копии страниц 6–8 для каждого дополнительного лица.

Имя	Среднее имя	Фамилия	Суффикс (например: ст., мл., III, IV)	Степень родства с Вами
-----	-------------	---------	---------------------------------------	------------------------

- Отметьте здесь, если домашний адрес этого лица идентичен домашнему адресу основного контактного лица.  
**Если адреса не являются идентичными**, Вы должны указать домашний адрес этого лица ниже:

Домашний адрес	Квартира №
----------------	------------

Город (почтовый адрес)	Штат	Почтовый индекс	Округ
------------------------	------	-----------------	-------

- Отметьте здесь, если у этого лица нет домашнего адреса. Вы должны указать почтовый адрес ниже.

- Отметьте здесь, если почтовый адрес этого лица идентичен почтовому адресу основного контактного лица.  
**Если адреса не являются идентичными**, должны указать почтовый адрес этого лица ниже:

Почтовый адрес или п/я (если отличается от домашнего адреса)	Квартира №
--	------------

Город (почтовый адрес)	Штат	Почтовый индекс	Округ
------------------------	------	-----------------	-------

Наиболее удобный номер телефона для связи <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий Номер: ( ) —	Другой номер телефона <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий Номер: ( ) —
--	--

Электронный адрес:

На каком языке нам следует адресовать корреспонденцию этому лицу?	На каком языке нам следует разговаривать при личном общении с этим лицом?
---	---

Пол этого лица: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение этого лица: <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Никогда не был (-а) женат (замужем) <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> Разведен (-а) <input type="checkbox"/> Партнер в гражданском браке <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)
--	---

Дата рождения (месяц / день / год)	Является ли это лицо беременной женщиной? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Если да</b> сколько ожидается младенцев? _____ Какова предположительная дата родов? _____
------------------------------------	--

### Подача заявления на медицинское страхование

Даже если сейчас у этого лица имеется медицинское страхование, Вы можете найти лучшие медицинские услуги или более низкие цены.

- Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, данные о номере социального страхования (SSN) не являются обязательными.

★ Номер социального страхования (SSN) _____ - _____ - _____	Если у этого лица нет номера социального страхования (SSN), какова причина его отсутствия? <input type="checkbox"/> Идентификационный номер налогоплательщика для усыновляемого ребенка (ATIN) _____ <input type="checkbox"/> Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN) _____ <input type="checkbox"/> Исключение по религиозным причинам <input type="checkbox"/> Это лицо не соответствует требованиям для получения номера социального страхования (SSN)
--	--

**Данные о федеральном подоходном налоге** Если это лицо не подает налоговую декларацию, он/она, тем не менее, может соответствовать требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования через Medi-Cal. Вся информация является строго конфиденциальной. Мы используем предоставляемую информацию только для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования.

Является ли это лицо основным подателем налоговой декларации (его/ее имя указано первым в налоговой декларации)?  Да  Нет  
Только одно лицо, указанное в этом заявлении, может являться основным подателем налоговой декларации.

Будет ли это лицо подавать налоговую декларацию за год <b>получения</b> льгот? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Если да</b> , каким образом он/она будет подавать налоговую декларацию? <input type="checkbox"/> Глава семьи <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Лицо на иждивении <input type="checkbox"/> Женат (замужем), совместная налоговая декларация <input type="checkbox"/> Женат (замужем), раздельная налоговая декларация	Заявляет ли кто-либо это лицо в качестве лица на иждивении в его/ее налоговой декларации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Если да</b> , кто? <input type="checkbox"/> Лицо № _____ в этом заявлении <input type="checkbox"/> Это лицо является родителем без права опеки <input type="checkbox"/> Это лицо является родителем без права опеки, не указанным в это заявлении
---	---

Лицо 3 продолжение на следующей странице 



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

## Этап 2:

## Лицо 3 (продолжение)

Имеется ли у этого лица другое медицинское страхование, или предлагается ли этому лицу медицинское страхование через работодателя?  Да  Нет  
*Если да, заполните Приложение В на страницах 22 и 23.*

Имеются ли у этого лица ограниченные физические возможности в связи с физическим, психическим, эмоциональным заболеванием или задержкой развития?  
 Да  Нет

*См. ЧЗВ № 27, где содержится подробная информация об определении термина «ограниченные физические возможности».*

Требуется ли этому лицу долгосрочный уход или медицинские услуги на дому или по месту проживания на районном уровне?  
 Да  Нет

Является ли это лицо гражданином США?  Да  Нет

Если это лицо **не** является гражданином США, ответьте на следующие вопросы:

Является ли иммиграционный статус этого лица удовлетворительным?  Да **Чтобы проверить, является ли статус этого лица удовлетворительным, перейдите к Приложению Е на странице 27. В нем приведен соответствующий список. Затем укажите данные иммиграционного документа ниже. В большинстве случаев ID-номер документа является Ваш Регистрационный номер иностранного лица, проживающего на территории США (Alien Registration Number).**

Тип документа: \_\_\_\_\_ ID-номер: \_\_\_\_\_

Страна выдачи: \_\_\_\_\_ Дата истечения срока действия: \_\_\_\_\_

Имя, как указано в документе: \_\_\_\_\_

Проживает ли это лицо в США с 1996 года?  Да  Нет

Является ли это лицо, супруг (-а) этого лица или его/ее неженатый сын/незамужняя дочь на его/ее иждивении уволенным в запас ветераном или военнослужащим, состоящим на военной службе в вооруженных силах США?  Да  Нет

Получает ли это лицо льготы в рамках Medicare?

Да  Нет

Были ли у этого лица медицинские расходы в течение последних 3 месяцев, с оплатой которых ему/ей необходима помощь?  Да  Нет

Проживают ли с этим лицом дети в возрасте до 19 лет?

Да  Нет

*Если да, является ли он/она лицом, обеспечивающим этого ребенка или детей?*  Да  Нет

Является ли он/она лицом в возрасте от 18 до 20 лет и студентом на дневном обучении?  Да  Нет

Является ли он/она лицом в возрасте от 18 до 26 лет?  Да  Нет

*Если да, находилось ли это лицо на воспитании в приемной семье на момент его/ее совершеннолетия?*  Да  Нет

Является ли он/она лицом в возрасте 18 лет или младше  Да  Нет Сколько родителей проживает с этим лицом? \_\_\_\_\_

Проживает ли это лицо Вы временно за пределами штата?  Да  Нет

**Расскажите нам о расовой принадлежности этого лица** *Эта информация является конфиденциальной и используется только для обеспечения всеобщего доступа к медицинскому страхованию. Она не используется для определения типа медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.*

Какова расовая принадлежность этого лица? *(не обязательно; отметьте все подходящие ответы)*

Белая раса

Индусская

Японская

Коренной житель Гуама

Негроидная раса или афроамериканское происхождение

национальность

национальность

или национальность народности чаморро

Камбоджийская

Корейская

Самоанское

Американский индеец или коренной житель Аляски

Китайская

Лаосская

происхождение

Филиппинская

Вьетнамская

Другое

национальность

национальность

Национальность народности

Коренной житель Гавайских островов

хмонг

национальность

Являетесь ли Вы лицом латиноамериканского или испанского происхождения? *(не обязательно)*  Да  Нет

*Если да, отметьте соответствующий вариант:*

Мексиканское происхождение, американец мексиканского происхождения, чикано

Сальвадорское происхождение

Гватемальское происхождение

Кубинское происхождение

Пуэрториканское происхождение

Другое латиноамериканское или испанское происхождение: \_\_\_\_\_

★  Отметьте здесь, если Вы являетесь представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, и заполните Приложение А на страницах 20 и 21.

Лицо 3 продолжение на следующей странице 

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 2:

## Лицо 3 (продолжение)

### Расскажите нам о текущей работе и заработной плате этого лица

Приложите дополнительный лист бумаги, если Вам необходимо больше места для ответа.

Работаете ли это лицо в настоящее время?  Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

▶ **Где работает это лицо в настоящее время?** Если у него/нее есть другие работы, приложите дополнительный лист бумаги.

#### РАБОТА 1:

Как это лицо получает заработную плату?

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Имя работодателя (не обязательно)

Сколько получает это лицо (до вычета налогов)? \$ \_\_\_\_\_

#### РАБОТА 2:

Как это лицо получает заработную плату?

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Имя работодателя (не обязательно)

Сколько получает это лицо (до вычета налогов)? \$ \_\_\_\_\_

▶ **Является ли это лицо частным предпринимателем?**

**РАБОТА 1:** Является ли это лицо частным предпринимателем?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

Тип работы

Сколько чистого дохода получит это лицо от частной предпринимательской деятельности в текущем месяце? \$ \_\_\_\_\_  
*Чистый доход означает остаток средств после оплаты всех расходов. В Приложении Е на странице 27 приведен список учитываемых доходов и расходов.*

**РАБОТА 2:** Является ли это лицо частным предпринимателем?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

Тип работы

Сколько чистого дохода получит это лицо от частной предпринимательской деятельности в текущем месяце? \$ \_\_\_\_\_  
*Чистый доход означает остаток средств после оплаты всех расходов. В Приложении Е на странице 27 приведен список учитываемых расходов и доходов.*

▶ **Имеется ли у этого лица другой доход?** Другой доход означает средства из другого источника, кроме Вашей работы. См. Приложение Е на странице 27, где приведены примеры других доходов. Не включайте в другой доход пособия на содержание ребенка, выплаты ветеранам или пособия в рамках программы «Supplemental Security Income» (SSI).

Имеется ли у этого лица другой доход?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу об изменении дохода на этой странице.

Каков источник этого дохода?

Как часто это лицо получает деньги? (отметьте один ответ)

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Сколько?

\$

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  One-time payment (See FAQ #33 on page 33.)

\$

▶ **Меняется ли доход этого лица в зависимости от месяца?** Если да, ответьте на два вопроса ниже..

По его/ее мнению, каков будет общий доход этого лица в **текущем** году? (не обязательно) \$ \_\_\_\_\_

Если Вы ожидаете, что доход этого лица изменится в **следующем** году, каков будет его/ее новый общий доход? (не обязательно) \$ \_\_\_\_\_

▶ **Имеются ли у этого лица налоговые вычеты?** Если он/она оплачивает определенные расходы, которые вычитаются из федерального подоходного налога, укажите это, поскольку это может снизить стоимость медицинского страхования. Не включайте в налоговые вычеты расходы, связанные с частной предпринимательской деятельностью. В Приложении Е на странице 27 перечислены другие типы налоговых вычетов.

Имеются ли у этого лица налоговые вычеты?  Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к следующей странице.

Тип вычета

Как часто это лицо получает или оплачивает этот вычет? (отметьте один ответ)

- Выплаченные алименты  
 Процентная ставка по кредиту на обучение  
 Другое
- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Сколько?

\$

- Выплаченные алименты  
 Процентная ставка по кредиту на обучение  
 Другое
- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

\$



**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

## Этап 2:

### Лицо 4 Расскажите нам о следующем лице, проживающем в Вашем доме. Если Вы включаете более четырех человек в это заявление, сделайте копии страниц 6–8 для каждого дополнительного лица.

Имя	Среднее имя	Фамилия	Суффикс (например: ст., мл., III, IV)	Степень родства с Вами
-----	-------------	---------	---------------------------------------	------------------------

- Отметьте здесь, если домашний адрес этого лица идентичен домашнему адресу основного контактного лица.  
**Если адреса не являются идентичными**, Вы должны указать домашний адрес этого лица ниже:

Домашний адрес			Квартира №
Город (почтовый адрес)	Штат	Почтовый индекс	Округ

- Отметьте здесь, если у этого лица нет домашнего адреса. Вы должны указать почтовый адрес ниже.

- Отметьте здесь, если почтовый адрес этого лица идентичен почтовому адресу основного контактного лица.  
**Если адреса не являются идентичными**, должны указать почтовый адрес этого лица ниже:

Почтовый адрес или п/я (если отличается от домашнего адреса)			Квартира №
Город (почтовый адрес)	Штат	Почтовый индекс	Округ

Наиболее удобный номер телефона для связи <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий Номер: ( ) —	Другой номер телефона <input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Сотовый <input type="checkbox"/> Рабочий Номер: ( ) —
--	--

Электронный адрес:

На каком языке нам следует адресовать корреспонденцию этому лицу?	На каком языке нам следует разговаривать при личном общении с этим лицом?
---	---

Пол этого лица: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение этого лица: <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Никогда не был (-а) женат (замужем) <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> Разведен (-а) <input type="checkbox"/> Партнер в гражданском браке <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)
--	---

Дата рождения (месяц / день / год)	Является ли это лицо беременной женщиной? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Если да</b> сколько ожидается младенцев? ____ Какова предположительная дата родов? _____
------------------------------------	---

#### Подача заявления на медицинское страхование

Даже если сейчас у этого лица имеется медицинское страхование, Вы можете найти лучшие медицинские услуги или более низкие цены.

- Подает ли это лицо заявление на медицинское страхование?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, данные о номере социального страхования (SSN) не являются обязательными.

★ Номер социального страхования (SSN)

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Если у этого лица нет номера социального страхования (SSN), какова причина его отсутствия?

Идентификационный номер налогоплательщика для усыновляемого ребенка (ATIN)

Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика (ITIN)

Исключение по религиозным причинам  Это лицо не соответствует требованиям для получения номера социального страхования (SSN)

**Данные о федеральном подоходном налоге** Если это лицо не подает налоговую декларацию, он/она, тем не менее, может соответствовать требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования через Medi-Cal. Вся информация является строго конфиденциальной. Мы используем предоставляемую информацию только для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования.

Является ли это лицо основным подателем налоговой декларации (его/ее имя указано первым в налоговой декларации)?  Да  Нет  
Только одно лицо, указанное в этом заявлении, может являться основным подателем налоговой декларации.

Будет ли это лицо подавать налоговую декларацию за год **получения** льгот?

Да  Нет

**Если да**, каким образом он/она будет подавать налоговую декларацию?

Глава семьи  Не женат (не замужем)

Лицо на иждивении

Женат (замужем), совместная налоговая декларация

Женат (замужем), раздельная налоговая декларация

Заявляет ли кто-либо это лицо в качестве лица на иждивении в его/ее налоговой декларации?  Да  Нет

**Если да**, кто?

Лицо № \_\_\_\_\_ в этом заявлении

Это лицо является родителем без права опеки

Это лицо является родителем без права опеки, не указанным в это заявление

Лицо 4 продолжение на следующей странице 

Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).  
Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00.  
Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 2:

## Лицо 4 (продолжение)

Имеется ли у этого лица другое медицинское страхование, или предлагается ли этому лицу медицинское страхование через работодателя?  Да  Нет  
*Если да, заполните Приложение В на страницах 22 и 23.*

Имеются ли у этого лица ограниченные физические возможности в связи с физическим, психическим, эмоциональным заболеванием или задержкой развития?  
 Да  Нет

*См. ЧЗВ № 27, где содержится подробная информация об определении термина «ограниченные физические возможности».*

Требуется ли этому лицу долгосрочный уход или медицинские услуги на дому или по месту проживания на районном уровне?  
 Да  Нет

Является ли это лицо гражданином США?  Да  Нет

Если это лицо **не** является гражданином США, ответьте на следующие вопросы:

Является ли иммиграционный статус этого лица удовлетворительным?  Да **Чтобы проверить, является ли статус этого лица удовлетворительным, перейдите к Приложению Е на странице 27. В нем приведен соответствующий список. Затем укажите данные иммиграционного документа ниже. В большинстве случаев ID-номером документа является Ваш Регистрационный номер иностранного лица, проживающего на территории США (Alien Registration Number).**

Тип документа: \_\_\_\_\_ ID-номер: \_\_\_\_\_

Страна выдачи: \_\_\_\_\_ Дата истечения срока действия: \_\_\_\_\_

Имя, как указано в документе: \_\_\_\_\_

Проживает ли это лицо в США с 1996 года?  Да  Нет

Является ли это лицо, супруг (-а) этого лица или его/ее неженатый сын/незамужняя дочь на его/ее иждивении уволенным в запас ветераном или военнослужащим, состоящим на военной службе в вооруженных силах США?  Да  Нет

Получает ли это лицо льготы в рамках Medicare?

Да  Нет

Были ли у этого лица медицинские расходы в течение последних 3 месяцев, с оплатой которых ему/ей необходима помощь?  Да  Нет

Проживают ли с этим лицом дети в возрасте до 19 лет?

Да  Нет

*Если да, является ли он/она лицом, обеспечивающим этого ребенка или детей?*  Да  Нет

Является ли он/она лицом в возрасте от 18 до 20 лет и студентом на дневном обучении?  Да  Нет

Является ли он/она лицом в возрасте от 18 до 26 лет?  Да  Нет

*Если да, находилось ли это лицо на воспитании в приемной семье на момент его/ее совершеннолетия?*  Да  Нет

Является ли он/она лицом в возрасте 18 лет или младше  Да  Нет Сколько родителей проживает с этим лицом? \_\_\_\_\_

Проживает ли это лицо Вы временно за пределами штата?  Да  Нет

**Расскажите нам о расовой принадлежности этого лица** *Эта информация является конфиденциальной и используется только для обеспечения всеобщего доступа к медицинскому страхованию. Она не используется для определения типа медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.*

Какова расовая принадлежность этого лица? (не обязательно; отметьте все подходящие ответы)

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Белая раса   | <input type="checkbox"/> Индусская национальность        | <input type="checkbox"/> Японская национальность            | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гуама или национальность народности чаморро |
| <input type="checkbox"/> Негроидная раса или афроамериканское происхождение | <input type="checkbox"/> Камбоджийская национальность    | <input type="checkbox"/> Корейская национальность           | <input type="checkbox"/> Самоанское происхождение                                    |
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски     | <input type="checkbox"/> Китайская национальность        | <input type="checkbox"/> Лаосская национальность            | <input type="checkbox"/> Другое _____  |
|   | <input type="checkbox"/> Филиппинская национальность     | <input type="checkbox"/> Вьетнамская национальность         |  |
|   | <input type="checkbox"/> Национальность народности хмонг | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов |  |

Являетесь ли Вы лицом латиноамериканского или испанского происхождения? (не обязательно)  Да  Нет

*Если да, отметьте соответствующий вариант:*

- Мексиканское происхождение, американец мексиканского происхождения, чикано
- Сальвадорское происхождение
- Гватемальское происхождение
- Кубинское происхождение
- Пуэрториканское происхождение
- Другое латиноамериканское или испанское происхождение: \_\_\_\_\_

★  Отметьте здесь, если Вы являетесь представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, и заполните Приложение А на страницах 20 и 21.

Лицо 4 продолжение на следующей странице 

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 2:

## Лицо 4 (продолжение)

### Расскажите нам о текущей работе и заработной плате этого лица

Приложите дополнительный лист бумаги, если Вам необходимо больше места для ответа.

Работаете ли это лицо в настоящее время?  Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

► **Где работает это лицо в настоящее время?** Если у него/нее есть другие работы, приложите дополнительный лист бумаги.

**РАБОТА 1:**

Как это лицо получает заработную плату?

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Имя работодателя (не обязательно)

Сколько получает это лицо (до вычета налогов)? \$ \_\_\_\_\_

**РАБОТА 2:**

Как это лицо получает заработную плату?

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Имя работодателя (не обязательно)

Сколько получает это лицо (до вычета налогов)? \$ \_\_\_\_\_

► **Является ли это лицо частным предпринимателем?**

**РАБОТА 1:** Является ли это лицо частным предпринимателем?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

Тип работы

Сколько *чистого дохода* получит это лицо от частной предпринимательской деятельности в текущем месяце? \$ \_\_\_\_\_  
*Чистый доход означает остаток средств после оплаты всех расходов. В Приложении Е на странице 27 приведен список учитываемых доходов и расходов.*

**РАБОТА 2:** Является ли это лицо частным предпринимателем?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу о других доходах на этой странице.

Тип работы

Сколько *чистого дохода* получит это лицо от частной предпринимательской деятельности в текущем месяце? \$ \_\_\_\_\_  
*Чистый доход означает остаток средств после оплаты всех расходов. В Приложении Е на странице 27 приведен список учитываемых расходов и доходов.*

► **Имеется ли у этого лица другой доход?** Другой доход означает средства из другого источника, кроме Вашей работы. См. Приложение Е на странице 27, где приведены примеры других доходов. Не включайте в другой доход пособия на содержание ребенка, выплаты ветеранам или пособия в рамках программы «Supplemental Security Income» (SSI).

Имеется ли у этого лица другой доход?

Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к разделу об изменении дохода на этой странице.

Каков источник этого дохода?

Как часто это лицо получает деньги? (отметьте один ответ)

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Сколько?

\$

- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  One-time payment (See FAQ #33 on page 33.)

\$

► **Меняется ли доход этого лица в зависимости от месяца?** Если да, ответьте на два вопроса ниже.

По его/ее мнению, каков будет общий доход этого лица в **текущем** году? (не обязательно) \$ \_\_\_\_\_

Если Вы ожидаете, что доход этого лица изменится в **следующем** году, каков будет его/ее новый общий доход? (не обязательно) \$ \_\_\_\_\_

► **Имеются ли у этого лица налоговые вычеты?** Если он/она оплачивает определенные расходы, которые вычитаются из федерального подоходного налога, укажите это, поскольку это может снизить стоимость медицинского страхования. Не включайте в налоговые вычеты расходы, связанные с частной предпринимательской деятельностью. В Приложении Е на странице 27 перечислены другие типы налоговых вычетов.

Имеются ли у этого лица налоговые вычеты?  Да **Если да**, ответьте на вопросы ниже.  Нет **Если нет**, перейдите к следующей странице.

Тип вычета

Как часто это лицо получает или оплачивает этот вычет? (отметьте один ответ)

- Выплаченные алименты  
 Процентная ставка по кредиту на обучение  
 Другое
- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

Сколько?

\$

- Выплаченные алименты  
 Процентная ставка по кредиту на обучение  
 Другое
- По часам: Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_  По дням: Сколько дней в неделю? \_\_\_\_\_  
 Ежедневно  Каждые две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Каждые шесть месяцев  Ежегодно  Одноразовая оплата (См. ЧЗВ № 33 на стр. 33.)

\$

### Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 3:

## Пожалуйста, проверьте и подпишите это заявление

### Вы можете выбрать уполномоченного представителя

- ★ Вы можете выбрать другое лицо в качестве Вашего «уполномоченного представителя». Уполномоченный представитель – это лицо, которому Вы разрешаете просматривать данные Вашего заявления и обсуждать вопросы, связанные с Вашим заявлением, в настоящее время и в будущем.

Имя уполномоченного представителя

Адрес

Квартира №

Город

Штат

Почтовый индекс

Округ

Ваша подпись означает разрешение на то, чтобы это лицо подписало Ваше заявление, получало официальные уведомления в отношении Вашего заявления и осуществляло действия от Вашего имени в будущем по всем вопросам, рассматриваемым нашим учреждением.

Ваша подпись

Дата

### Заявление о конфиденциальности

Настоящий документ является заявлением на получение медицинского страхования через Covered California или на получение льгот через Департамент здравоохранения (DHCS). Предоставляемые в заявлении персональные и медицинские данные являются строго конфиденциальными. Эти данные необходимы Covered California или DHCS для подтверждения Вашей личности и личности других лиц, указанных в заявлении, а также для осуществления деятельности в рамках наших программ.

Мы предоставляем Вашу информацию другим государственным, федеральным и местным агентствам, подрядчикам, планам медицинского страхования и программам только в целях регистрации Вас в плане или программе, а также в целях осуществления деятельности в рамках программ, а также другим федеральным агентствам и агентствам на уровне штата согласно требованиям законодательства.

- Вы должны ответить на все вопросы в этом заявлении, кроме вопросов, являющихся «не обязательными». Если в Вашем заявлении не хватает какой-либо обязательной информации, мы свяжемся с Вами.
  - ➔ **Если Вы не предоставите необходимую информацию,** мы не сможем принять решение по Вашему заявлению. Возможно, Вам придется подать новое заявление, или вы не получите медицинское страхование через Covered California, или в запросе по Вашему заявлению будет отказано.
- В большинстве случаев Вы имеете право ознакомиться с Вашими персональными данными, хранящимися в федеральных архивах и архивах на уровне штата. При необходимости Вы можете получить эти данные в альтернативном формате (например, крупным шрифтом).

Для получения подробной информации или ознакомления с архивными данными **Covered California** свяжитесь с заведующим Отделом конфиденциальности по адресу:

Covered California  
Attn: Privacy Officer  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725

Телефон: **1-800-778-7695**

Для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500

Для получения данных о **Департаменте здравоохранения** свяжитесь с Отделом по вопросам защиты информации по адресу:

P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA  
95899-7413

Телефон: 1-866-866-0602

Для лиц с нарушениями слуха: 1-877-735-2929

Следующие федеральные законы и законы уровня штата дают нам право собирать и хранить данные, указанные в заявлении:

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; Кодекс государственного управления штата Калифорния §§ 100502(k) и 100503(a)

DHCS: Социальное обеспечение и социальные учреждения штата Калифорния. Кодекс § 14011 Статья 3, Статьи 5 и 7, Части 2 и 3, Раздел 9 Мы обязаны предоставить Вам настоящее Заявление о конфиденциальности в соответствии с положениями Гражданского кодекса штата Калифорния §1798.17.

Вы можете ознакомиться с Политикой конфиденциальности Covered California на вебсайте **CoveredCA.com**. См. Уведомление о защите и конфиденциальности данных DHCS на вебсайте [dhcs.ca.gov](http://dhcs.ca.gov).

Этап 3 продолжение на следующей странице 

Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Ваши права и обязанности

- Данные, предоставленные мною в этом заявлении, являются достоверными и правдивыми, согласно имеющейся у меня информации. Я знаю, что ко мне могут применяться соответствующие санкции в случае предоставления заведомо ложной информации.
- Я понимаю, что предоставленная мною информацию будет использоваться исключительно для определения соответствия членов моей семьи, указанных в заявлении, требованиям на получение медицинского страхования.
- Я понимаю, что Covered California и программа Medi-Cal обязаны обеспечивать конфиденциальность моих данных, в соответствии с требованиями законодательства. Для получения подробной информации или получения доступа к архивным данным Covered California и программы Medi-Cal я могу связаться с заведующим Отделом конфиденциальности по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).
- Я понимаю, что для соответствия требованиям программы Medi-Cal, я обязан (-а) подать заявление на другой доход или льготы, законно причитающиеся мне или любому члену моей семьи, за исключением случаев, когда существует уважительная причина для обратного. В число указанных доходов или льгот входят пенсии, государственные социальные льготы, пенсионный доход, пособие для ветеранов, ежегодные пособия, пособие по инвалидности, льготы в рамках социального страхования (они также называются «Old Age, Survivors, and Disability Insurance» или OASDI) и пособие по безработице. Но в число указанных доходов или льгот не входят пособия по государственному социальному обеспечению, например CalWORKs или CalFresh. Если у меня возникнет вопрос о возможных источниках дохода, я могу позвонить в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500) для получения помощи.
- Я знаю, что я обязан (-а) уведомить Covered California или местный офис социальных служб моего округа о любых изменениях в данных, указанных мною в этом заявлении. Чтобы сообщить об изменениях, я могу позвонить в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500) или посетить вебсайт CoveredCA.com. Я также могу позвонить в офис социальных служб моего округа.
- > Я знаю, что проявление дискриминации со стороны Covered California в отношении лично меня или любого лица, указанного в моем заявлении, по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, этнического происхождения, религиозных убеждений, возраста, пола, сексуальной ориентации, ветеранского статуса или ограниченных физических возможностей является нарушением законодательства. Если я полагаю, что Covered California проявляет в отношении меня дискриминацию, в том числе, путем не предоставления необходимых особых условий, в соответствии с федеральными законами и законами штата, я могу подать жалобу на вебсайте [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file) или <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>. Если я полагаю, что Covered California проявляет в отношении меня или любого лица, указанного в моем заявлении, дискриминацию при определении соответствия требованиям программы Medi-Cal, я также могу подать жалобу в Департамент здравоохранения, в Отдел по гражданским правам, позвонив по номеру: 1-916-440-7370 (для лиц с нарушениями слуха: 1-916-440-7399).
- Я понимаю, что любые изменения моих данных или данных любого другого члена (членов) семьи подателя заявления могут оказать влияние на соответствие требованиям других членов семьи.
- За исключением целей подачи заявления на услуги в рамках программы Medi-Cal, я подтверждаю, что ни одно из лиц, подающих заявление на медицинское страхование, не находится в тюремном заключении после предъявления обвинения (вынесения приговора) и не содержится в любом другом подобном исправительном учреждении.
- Я понимаю, что я обязан (-а) сообщать Covered California об изменениях доходов, поскольку это может влиять на размер помощи в оплате страховых взносов (налоговые кредиты), на получение которой я имею право. Я также понимаю, что если я получаю больше помощи в оплате страховых премиальных взносов (налоговые кредиты), чем положено, в течение года предоставления льгот, я обязан (-а) вернуть полученный излишек Налоговому управлению США (IRS) при подаче декларации по федеральному подоходному налогу за год получения льгот.
- Я даю разрешение Covered California проверять данные компьютерных систем других государственных учреждений для подтверждения гражданства, иммиграционного статуса, налоговой информации и других данных, связанных только с соответствием требованиям для получения медицинского страхования мною и другими лицами, указанными в этом заявлении.

### Если какое-либо лицо, указанное в заявлении, соответствует требованиям программы Medi-Cal:

- Я знаю, что если программа Medi-Cal оплачивает медицинские расходы, средства, получаемые мною или любым другим лицом, указанным в этом заявлении, в рамках другого медицинского страхования или законных выплат, связанных с указанными медицинскими расходами, должны передаваться Medi-Cal в качестве оплаты за расходы до полной выплаты причитающейся суммы расходов.

### Для родителей ребенка/детей, соответствующих требованиям программы Medi-Cal:

- Я знаю, что ко мне обратятся с просьбой оказать помощь в получении средств от родителя, указанного в заявлении, который не проживает с ребенком и не выплачивает алименты на содержание ребенка. Если я полагаю, что оказание этой помощи может повлечь за собой вред мне или моим детям, я могу позвонить в программу Medi-Cal и отказаться от оказания указанной помощи.

Ваши права и обязанности продолжение на следующей странице 

### Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).



### Ваши права и обязанности (продолжение)

#### Ваше право на апелляцию:

- Если я считаю, что Covered California или программа Medi-Cal приняла неправильное решение, я могу подать на апелляцию. Апелляция означает обращение к представителю Covered California или программы Medi-Cal с заявлением о том, что принятое решение является неправильным, и с просьбой провести объективное рассмотрение принятого решения
- Я знаю, что я могу получить информацию о процессе апелляции, позвонив по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).
- Я знаю, что мне необходимо подать на апелляцию в течение 90 дней после принятия решения.
- Я знаю, что в целях апелляции я могу представлять себя сам (-а) лично, или меня может представлять другое лицо, например, мой уполномоченный представитель, друг, родственник или адвокат .
- Я знаю, что если мне необходима помощь, представитель Covered California, программы Medi-Cal или офиса социальных служб округа разъяснит мне данные моего дела.

#### Возобновление медицинского страхования

Для облегчения процесса продления срока действия медицинского страхования в будущем, я даю разрешение Covered California использовать данные компьютерных систем, в частности, Налогового управления США (IRS), для проверки моих доходов. Если данные подтверждают мое соответствие требованиям, мое медицинское страхование может быть продлено на следующие 12 месяцев, и мне не нужно заполнять форму на возобновление медицинского страхования или присылать другие документы.

Я понимаю, что если я не даю разрешения Covered California использовать данные компьютерных систем, я должен (-на) заполнять пакет документов на возобновление медицинского страхования каждые 12 месяцев для продления срока действия моего медицинского страхования.

Я соглашусь и даю разрешение Covered California или программе Medi-Cal проверять мои данные в течение следующего периода:

- 5 лет     4 года     3 года     2 года     1 год

#### ИЛИ

- Я не даю согласия на проверку со стороны Covered California моих налоговых деклараций при продлении срока действия медицинского страхования.

### Подтверждение и подпись *Это является обязательным требованием.*

Я подтверждаю, с полным пониманием ответственности за предоставление заведомо ложной информации, что предоставленные мною данные ниже являются достоверными и правдивыми.

- Я понимаю все вопросы в этом заявлении и предоставил (-а) правдивые ответы, согласно имеющейся у меня информации. В случае незнания правильного ответа, я делал (-а) все возможное для получения подтверждения от лица, располагающего необходимой информацией.
- Я знаю, что предоставление ложной информации в этом заявлении может повлечь за собой гражданскую и уголовную ответственность за предоставление ложной информации, в том числе, тюремное заключение сроком до четырех лет. (См. Уголовный кодекс штата Калифорния, Раздел 126.)
- Я знаю, что информация в этом заявлении будет использоваться для определения соответствия лиц, указанных в заявлении, требованиям для получения медицинского страхования. Covered California обязуется обеспечивать конфиденциальность информации, в соответствии с федеральным законодательством и законами штата Калифорния.
- Я соглашусь уведомлять Covered California, позвонив по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500) или посетив вебсайт **CoveredCA.com**, при изменении любых данных в этом заявлении в отношении любого лица, указанного в этом заявлении на получение медицинского страхования.
- Если я выбираю план медицинского страхования, заполнив Приложение D, и если Covered California подтверждает мое соответствие требованиям для регистрации в плане, выбранном мною в Приложении D:
  - Я понимаю, что моя подпись здесь означает заключение контракта с поставщиком этого плана медицинского страхования.
  - ЯЯ – лицо в возрасте не менее 18 лет, или лицо, законно признанное совершеннолетним, и состояние моего психического здоровья позволяет мне вступать в соглашения и заключать контракты на законных основаниях.

Подпись подателя заявления или уполномоченного представителя

Дата



Этап 3 продолжение на следующей странице

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Этап 3:

## Пожалуйста, проверьте и подпишите это заявление (продолжение)

Заполните этот раздел, если Вы являетесь лицом, сертифицированным Covered California и оказывающим помощь в заполнении этого заявления.

Я подтверждаю, что я, в качестве Сертифицированного консультанта по регистрации в плане медицинского страхования, Сертифицированного агента по страхованию или Сертифицированного специалиста по регистрации в плане медицинского страхования, оказал (-а) помощь подателю заявления в заполнении этого заявления на безвозмездной основе. Я также подтверждаю, что мною были даны достоверные и правдивые ответы на вопросы в этом заявлении, согласно имеющейся у меня информации. Я разъяснил (-а) подателю заявление в доступной форме риск, связанный с предоставлением заведомо ложной информации, и мое разъяснение было понятно подателю заявления.

<input type="checkbox"/> Сертифицированного консультанта по регистрации в плане медицинского страхования Имя: _____	Номер СЕС
Номер СЕС Название сертифицированного учреждения по регистрации в плане медицинского страхования Имя: _____	Номер СЕЕ
<input type="checkbox"/> Сертифицированного агента по страхованию Имя: _____	Номер лицензии
<input type="checkbox"/> Сертифицированного специалиста по регистрации в плане медицинского страхования План: _____ Имя: _____	Номер сертификата
Подпись сертифицированного специалиста ▶	Дата

Штат предоставляет компенсацию сертифицированному учреждению по регистрации в плане медицинского страхования Covered California, только если Сертифицированный консультант по регистрации в плане медицинского страхования полностью и правильно заполняет данный раздел при подаче заявления.

## Этап 4:

## Отправка информации по почте и контрольный список

### Отправьте подписанное заявление по адресу:

Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725

### Не забыли ли Вы:

- Рассказать нам о каждом члене Вашей семьи, даже если им не требуется медицинское страхование? См. Список на странице 3, где указаны лица, которых необходимо включить в заявление.
- Обратиться к работодателю с вопросом о медицинском страховании через работодателя, для получения которого Вы можете соответствовать требованиям?
- Подписать это заявление на **странице 17**? Если Вы выбрали уполномоченного представителя, также подпишите страницу 15.

### Несколько дополнительных вопросов (не обязательно)

#### 1. Хотите ли Вы, чтобы рассматривалось Ваше соответствие требованиям для регистрации во всех программах Medi-Cal? Да Нет

Существуют другие программы Medi-Cal для лиц в возрасте 65 лет и старше, лиц с инвалидностью или лиц с потребностями в особом медицинском уходе.

Если Вы отметите ответ «Да», мы свяжемся с Вами для получения информации о Вашем имуществе и активах.

#### 2. Произошли ли в Вашей жизни в последнее время изменения, в связи с которыми Вы хотите подать заявление на получение медицинского страхования? Если да, отметьте все подходящие ответы.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Переезд в штат Калифорния  | <input type="checkbox"/> Освобождение из тюремного заключения                                       |
| <input type="checkbox"/> Получение гражданства или вида на жительство                                 | <input type="checkbox"/> Соответствие требованиям для получения помощи в оплате страховых взносов   |
| <input type="checkbox"/> Утрата медицинского страхования  | <input type="checkbox"/> Подача заявления на получение услуг Medi-Cal                               |
| <input type="checkbox"/> Появление лица на иждивении (рождение ребенка, брак или усыновление ребенка) | <input type="checkbox"/> Принадлежность к племени американских индейцев или коренных жителей Аляски |
| <input type="checkbox"/> Другое   |   |

Когда произошло это событие? (месяц / день / год) \_\_\_\_\_

Этап 4 продолжение на следующей странице 

### Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



### Как Вы узнали о Covered California?

Отметьте все подходящие ответы

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Информационно-образовательная программа                                       | <input type="checkbox"/> Электронное сообщение        | <input type="checkbox"/> Брошюра  | <input type="checkbox"/> Реклама на телевидении |
| <input type="checkbox"/> Сертифицированный агент по страхованию  | <input type="checkbox"/> Реклама в журнале или газете | <input type="checkbox"/> Аптека   | <input type="checkbox"/> Реклама на радио       |
| <input type="checkbox"/> Сертифицированный консультант по регистрации в плане медицинского страхования | <input type="checkbox"/> Новостная программа          | <input type="checkbox"/> Церковь  | <input type="checkbox"/> Реклама онлайн         |
| <input type="checkbox"/> Устная информация в ходе разговора  | <input type="checkbox"/> Мобильное приложение         | <input type="checkbox"/> Работодатель   | <input type="checkbox"/> Поиск в Интернете      |
| <input type="checkbox"/> Организация или мероприятие на местном уровне                                 | <input type="checkbox"/> Друзья или члены семьи       | <input type="checkbox"/> Рекламный щит  | <input type="checkbox"/> Почтовая рассылка      |
| <input type="checkbox"/> Вывеска в розничном магазине  | <input type="checkbox"/> Вебсайт CoveredCA.com        | <input type="checkbox"/> Социальные сети (например, Facebook, Twitter и т.д.) |   |
| <input type="checkbox"/> Государственное учреждение  | <input type="checkbox"/> Врач или больница            | <input type="checkbox"/> Другое _____   |   |

### Нужна ли Вам более подробная информация о других программах?

С 1 января 2014 года, хотели бы Вы и члены Вашей семьи предоставлять указанную информацию в направлении Вашему местному Управлению здравоохранения и услуг населению для других программ? Семьи, в составе которых есть иммигранты, могут подавать заявление. Вы можете подать заявление на Вашего ребенка, даже если Вы не соответствуете требованиям для получения медицинского страхования. Подача заявления на Вашего соответствующего требованиям ребенка не окажет влияния на Ваш иммиграционный статус или получение статуса постоянного жителя или гражданина США.

Для подачи заявления на получение помощи в виде талонов на питание или наличными средствами до 1 января 2014 года, посетите вебсайт [benefitscal.org](http://benefitscal.org). Чтобы подать заявление лично, позвоните по номеру: 1-877-847-3663, чтобы получить список учреждений, в которые Вы можете обратиться, по Вашему месту проживания или работы.

Для получения льгот после 1 января 2014 года, ознакомьтесь с программами, в которые Вы хотели бы получить направление:

- CalFresh** Эта программа помогает оплачивать расходы на питание. Льготы начисляются ежемесячно на дебетовую карту, которую можно использовать для покупки большинства продовольственных товаров в многочисленных магазинах. Эта программа также известна под названием «Supplemental Nutrition Assistance Program» (SNAP). Посетите вебсайт [www.calfresh.ca.gov](http://www.calfresh.ca.gov) для получения подробной информации.
- CalWORKs** Эта программа предоставляет помощь в виде наличных средств и услуги поддержки для семей с низким уровнем дохода для оплаты расходов на жилье, питание и другие текущие расходы.

Вы также можете найти подробную информацию об этих программах онлайн:

#### Access for Infants and Mothers (AIM)

Эта программа помогает беременным женщинам получать необходимые медицинские услуги  
[aim.ca.gov](http://aim.ca.gov)

#### Child Health and Disability Prevention (CHDP)

Эта профилактическая программа предоставляет услуги регулярной оценки состояния здоровья и другие услуги для детей из семей с низким уровнем дохода  
[www.dhcs.ca.gov/services/chdp](http://www.dhcs.ca.gov/services/chdp)

#### Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT)

Эта программа в рамках Medi-Cal для детей, подростков и лиц в возрасте до 21 года предоставляет услуги регулярных медицинских осмотров для выявления возможных проблем со здоровьем, определения диагноза и, при необходимости, проведения лечения  
[www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx)

#### Family Planning, Access, Care, Treatment (Family PACT)

Эта программа предоставляет бесплатные услуги по планированию семьи мужчинам и женщинам с низким уровнем дохода, включая лиц подросткового или юношеского возраста  
[familypact.org](http://familypact.org)

#### In-Home Supportive Services Program (IHSS)

Эта программа помогает оплачивать услуги, оказанные Вам для обеспечения Вашего безопасного пребывания в Вашем доме  
[www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm](http://www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm)

#### Women, Infants, and Children (WIC)

Эта программа занимается обеспечением питания для беременных женщин, рожениц и детей в возрасте до 5 лет  
[www.wicworks.ca.gov](http://www.wicworks.ca.gov)

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).



# Приложение А:

## Для представителей племен американских индейцев или коренных жителей Аляски

### ★ Заполните эту форму, если Вы или член Вашей семьи является представителем племени американских индейцев или коренных жителей Аляски.

Представители племен американских индейцев или коренных жителей Аляски могут получать услуги через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах. Представители признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски также могут не оплачивать текущие наличные расходы (например, дополнительная оплата), и на них могут распространяться особые периоды регистрации в плане медицинского страхования. Обязательно заполните эту форму и отправьте ее с Вашим заявлением и документами, подтверждающими Ваше происхождение из племени американских индейцев или коренных жителей Аляски. Вы можете отправить документ, выданный признанным на федеральном уровне племенем американских индейцев или коренных жителей Аляски, который подтверждает Вашу принадлежность к племени. В числе документов можно предоставить карту члена племени или сертификат, подтверждающий происхождение от племени коренных индейцев (CDIB), выданный Бюро по делам племен коренных индейцев. Если Вы полагаете, что Вы соответствуете требованиям Medi-Cal, Вам не нужно отправлять подтверждающие документы. См. Приложение F, чтобы узнать, можете ли Вы соответствовать требованиям Medi-Cal.

Если Вам необходимо указать более четырех лиц, являющихся представителями племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, **сделайте копию этой страницы** и отправьте ее вместе с Вашим заявлением.

**Лицо 1:** Имя \_\_\_\_\_ Среднее имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Суффикс (примеры: ст., мл., III, IV) \_\_\_\_\_

Является ли это лицо членом признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски?  Да  Нет

**Если да,** укажите название племени: \_\_\_\_\_ и штат проживания племени: \_\_\_\_\_

Получало ли это лицо когда-либо услуги через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из этих программ?  Да  Нет

**Если нет,** соответствует ли это лицо требованиям для получения услуг через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из этих программ?  Да  Нет

Получает ли это лицо доход из любого из источников, указанных ниже?  Да **Если да,** укажите сумму и частоту выплат ниже.  
 Нет **Если нет,** продолжайте процесс заполнения заявления.

▶ Выплаты племени за природные ресурсы, права использования, аренду или в качестве лицензионной платы  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

▶ Выплаты в рамках аренды или лицензионной платы за использование земли фонда племени американских индейцев для целей добычи природных ресурсов, фермерской деятельности, скотоводства или рыбного промысла  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

▶ Средства от продажи товаров, имеющих ценность в качестве культурного достояния  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

**Лицо 2:** Имя \_\_\_\_\_ Среднее имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Суффикс (примеры: ст., мл., III, IV) \_\_\_\_\_

Является ли это лицо членом признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски?  Да  Нет

**Если да,** укажите название племени: \_\_\_\_\_ и штат проживания племени: \_\_\_\_\_

Получало ли это лицо когда-либо услуги через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из этих программ?  Да  Нет

**Если нет,** соответствует ли это лицо требованиям для получения услуг через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из этих программ?  Да  Нет

Получает ли это лицо доход из любого из источников, указанных ниже?  Да **Если да,** укажите сумму и частоту выплат ниже.  
 Нет **Если нет,** продолжайте процесс заполнения заявления.

▶ Выплаты племени за природные ресурсы, права использования, аренду или в качестве лицензионной платы  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

▶ Выплаты в рамках аренды или лицензионной платы за использование земли фонда племени американских индейцев для целей добычи природных ресурсов, фермерской деятельности, скотоводства или рыбного промысла  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

▶ Средства от продажи товаров, имеющих ценность в качестве культурного достояния  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

### Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).  
Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00.  
Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



# Приложение А:

## Для представителей племен американских индейцев или коренных жителей Аляски (продолжение)

Лицо 3: Имя

Среднее имя

Фамилия

Суффикс (примеры: ст., мл., III, IV)

Является ли это лицо членом признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски?  Да  Нет

Если да, укажите название племени: \_\_\_\_\_ и штат проживания племени: \_\_\_\_\_

Получало ли это лицо когда-либо услуги через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из этих программ?  Да  Нет

Если нет, соответствует ли это лицо требованиям для получения услуг через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из этих программ?  Да  Нет

Получает ли это лицо доход из любого из источников, указанных ниже?  Да **Если да**, укажите сумму и частоту выплат ниже.  
 Нет **Если нет**, продолжайте процесс заполнения заявления.

▶ Выплаты племени за природные ресурсы, права использования, аренду или в качестве лицензионной платы  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

▶ Выплаты в рамках аренды или лицензионной платы за использование земли фонда племени американских индейцев для целей добычи природных ресурсов, фермерской деятельности, скотоводства или рыбного промысла  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

▶ Средства от продажи товаров, имеющих ценность в качестве культурного достояния  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

Лицо 4: Имя

Среднее имя

Фамилия

Суффикс (примеры: ст., мл., III, IV)

Является ли это лицо членом признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски?  Да  Нет

Если да, укажите название племени: \_\_\_\_\_ и штат проживания племени: \_\_\_\_\_

Получало ли это лицо когда-либо услуги через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из этих программ?  Да  Нет

Если нет, соответствует ли это лицо требованиям для получения услуг через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, или по направлению одной из этих программ?  Да  Нет

Получает ли это лицо доход из любого из источников, указанных ниже?  Да **Если да**, укажите сумму и частоту выплат ниже.  
 Нет **Если нет**, продолжайте процесс заполнения заявления.

▶ Выплаты племени за природные ресурсы, права использования, аренду или в качестве лицензионной платы  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

▶ Выплаты в рамках аренды или лицензионной платы за использование земли фонда племени американских индейцев для целей добычи природных ресурсов, фермерской деятельности, скотоводства или рыбного промысла  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_

▶ Средства от продажи товаров, имеющих ценность в качестве культурного достояния  
Сумма \$ \_\_\_\_\_  Еженедельно  Каждые две недели  Ежемесячно  Другое \_\_\_\_\_



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

★ Если Вам необходимо указать более четырех лиц, имеющих другое медицинское страхование, сделайте копию этой страницы и отправьте ее вместе с Вашим заявлением.

## Расскажите о Вашем текущем медицинском страховании

Ответьте на эти вопросы в отношении всех лиц, которым необходима помощь в оплате медицинского страхования.

Нам необходимо знать, имеет ли кто-либо, подающий заявление на медицинское страхование, медицинское страхование в настоящее время. Вам не нужно рассказывать нам о минимальном медицинском страховании. Примеры типов планов медицинского страхования, о которых не нужно рассказывать: Служба медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, накопительные планы на цели медицинских услуг, накопительные счета на цели медицинских услуг или медицинское страхование в другой стране.

Нам необходимо знать о том, имеет ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, следующие типы медицинского страхования в настоящее время: COBRA, спонсируемое работодателем медицинское страхование, страхование для сотрудников Корпуса мира, план медицинского страхования для пенсионеров, TRICARE/CHAMPUS, программа медицинских услуг для ветеранов или другие типы медицинского страхования. Имеет ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, любой из этих типов медицинского страхования?

Да **Если да**, заполните эту страницу. Если Вам необходимо больше места для ответа, приложите дополнительный лист бумаги..

Нет **Если нет**, перейдите к странице 23.

*Примечание: Если у Вас есть частное медицинское страхование, приобретенное Вами самостоятельно, отметьте поле «Другой тип медицинского страхования» в разделе «Какой тип?» в таблице ниже.*

Имя <i>Имя, среднее имя, фамилия, суффикс (примеры: мл., ст., III, IV)</i>	Какой тип? <i>(выберите один ответ)</i>	
<p><b>Лицо 1:</b> _____</p> <p>Предлагалось ли этому лицу доступное всеобъемлющее медицинское страхование с января 2014 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Спонсируемое работодателем медицинское страхование <input type="checkbox"/> Страхование для сотрудников Корпуса мира <input type="checkbox"/> Другой тип медицинского страхования	<input type="checkbox"/> Программа медицинских услуг для ветеранов <input type="checkbox"/> План медицинского страхования для пенсионеров <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
<p><b>Лицо 2:</b> _____</p> <p>Предлагалось ли этому лицу доступное всеобъемлющее медицинское страхование с января 2014 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Спонсируемое работодателем медицинское страхование <input type="checkbox"/> Страхование для сотрудников Корпуса мира <input type="checkbox"/> Другой тип медицинского страхования	<input type="checkbox"/> Программа медицинских услуг для ветеранов <input type="checkbox"/> План медицинского страхования для пенсионеров <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
<p><b>Лицо 3:</b> _____</p> <p>Предлагалось ли этому лицу доступное всеобъемлющее медицинское страхование с января 2014 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Спонсируемое работодателем медицинское страхование <input type="checkbox"/> Страхование для сотрудников Корпуса мира <input type="checkbox"/> Другой тип медицинского страхования	<input type="checkbox"/> Программа медицинских услуг для ветеранов <input type="checkbox"/> План медицинского страхования для пенсионеров <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
<p><b>Лицо 4:</b> _____</p> <p>Предлагалось ли этому лицу доступное всеобъемлющее медицинское страхование с января 2014 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Спонсируемое работодателем медицинское страхование <input type="checkbox"/> Страхование для сотрудников Корпуса мира <input type="checkbox"/> Другой тип медицинского страхования	<input type="checkbox"/> Программа медицинских услуг для ветеранов <input type="checkbox"/> План медицинского страхования для пенсионеров <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS

Приложение В продолжение на следующей странице 

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



**Медицинское страхование через работодателя** Ответьте на эти вопросы в отношении всех лиц, которым необходима помощь в оплате медицинского страхования..

- ★ Нам необходимо знать о медицинском страховании, которое Вы можете получить через работодателя какого-либо лица, указанного в заявлении. Вы можете использовать Приложение С, Форма «Медицинское страхование через работодателя», на странице 24, чтобы помочь Вам при заполнении этого раздела. Ответьте на эти вопросы или используйте Приложение С **только**, если кто-либо из членов семьи соответствует требованиям для получения медицинского страхования через работодателя какого-либо лица, указанного в заявлении.

Предлагается ли какому-либо лицу, указанному в этом заявлении, медицинское страхование через работодателя? Это также может быть работодатель другого лица, например, родителя или супруга (-и). Это также может включать страхование в рамках COBRA, TRICARE, а также планы медицинского страхования для сотрудников федеральных или государственных учреждений на уровне штата, медицинское страхование через частного работодателя или планы для сотрудников Корпуса мира. У Вас может быть дополнительное медицинское страхование, о котором Вы **не** должны рассказывать нам. В числе **примеров** дополнительного медицинского страхования (которое не считается минимальным медицинским страхованием), о котором Вы не должны нам рассказывать: накопительные планы на цели медицинских услуг, накопительные счета на цели медицинских услуг, медицинское страхование по инвалидности или медицинское страхование в другой стране.

- Да **Если да**, ответьте на эти вопросы. Если Вам нужно больше места для ответа, приложите дополнительный лист бумаги.  
 Нет **Если нет**, вернитесь к заявлению, чтобы продолжить.

Имя <i>Имя, среднее имя, фамилия, суффикс (примеры: мл., ст., III, IV)</i>	Имя работодателя <i>(не обязательно)</i>	Это лицо:	Сколько данное лицо платит в оплату ежемесячных страховых взносов?	Соответствует ли этот план стандарту минимальной ценности*?
Лицо 1		<input type="checkbox"/> Зарегистрировано в плане сейчас <input type="checkbox"/> Планирует зарегистрироваться в плане <i>Дата начала действия плана_</i> <input type="checkbox"/> Не зарегистрировано в плане	\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю
Лицо 2		<input type="checkbox"/> Зарегистрировано в плане сейчас <input type="checkbox"/> Планирует зарегистрироваться в плане <i>Дата начала действия плана_</i> <input type="checkbox"/> Не зарегистрировано в плане	\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю
Лицо 3		<input type="checkbox"/> Зарегистрировано в плане сейчас <input type="checkbox"/> Планирует зарегистрироваться в плане <i>Дата начала действия плана_</i> <input type="checkbox"/> Не зарегистрировано в плане	\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю
Лицо 4		<input type="checkbox"/> Зарегистрировано в плане сейчас <input type="checkbox"/> Планирует зарегистрироваться в плане <i>Дата начала действия плана_</i> <input type="checkbox"/> Не зарегистрировано в плане	\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю

Какие изменения внесет работодатель в план в новом году (если известно)?

- Работодатель не будет предлагать медицинское страхование.  
 Работодатель начнет предлагать медицинское страхование сотрудникам или изменит сумму страховых взносов за самый недорогой план медицинского страхования, предлагаемый только сотрудникам и соответствующий **стандарту минимальной ценности**.\* (Страховой взнос должен отражать скидку для программ оздоровления.)

Какую сумму будет платить сотрудник в счет оплаты страховых взносов за этот план? \$ \_\_\_\_\_

Как часто?

- Еженедельно     Каждые 2 недели     Ежеквартально  
 Ежемесячно     Дважды в месяц     Ежегодно

Дата изменения \_\_\_\_\_

\* Стандарт минимальной ценности означает, что план медицинского страхования платит, как минимум, 60% от общей стоимости льгот в рамках плана, предоставляемых сотруднику. (Раздел 36B(c)(2)(C)(ii) Кодекса о внутреннем налогообложении за 1986 г.)

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



**Эта форма необходима только лицам, соответствующим требованиям для получения медицинского страхования через работодателя.**

Она не является необходимой для некоторых программ медицинского страхования, предлагаемых через Covered California, включая программу Medi-Cal. Если Вы не уверены, нужно ли Вам использовать эту форму, позвоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Если Вы полагаете, что Вы соответствуете требованиям программы Medi-Cal, Вам не нужно заполнять эту форму. Чтобы узнать, соответствуете ли Вы требованиям программы Medi-Cal или требованиям для получения помощи в оплате страховых взносов, см. Приложение F на странице 28.

Если медицинское страхование предлагается несколькими работодателями, используйте отдельный лист бумаги для каждого работодателя.

**▶ Данные о работодателе** *Вам необходимо заполнить этот раздел.*

- ★ Укажите Ваше имя и номер социального страхования (SSN) *(не обязательно)*. Затем сделайте копию этой страницы или покажите заявление Вашему работодателю. Попросите работодателя заполнить остальную часть этой страницы. Если Вы делаете копию этой страницы, не забудьте отправить ее с Вашим заявлением.

Работодатель: Имя	Среднее имя	Фамилия	Суффикс	Номер социального страхования (SSN) <i>(не обязательно)</i>
				____ - ____ - ____

**▶ Данные о работодателе** *Обратитесь за этой информацией к Вашему работодателю.*

- ★ **Примечание для работодателя:** Для полного заполнения заявления Covered California нам необходимо знать о медицинском страховании, которое Ваш сотрудник или лица на его/ее иждивении могут получить через Вашу компанию. Пожалуйста, заполните информацию ниже, даже если Ваша компания не предлагает медицинское страхование.

Имя работодателя		Идентификационный номер работодателя (EIN)
		____ - ____ - ____
Адрес работодателя		Телефон работодателя
Город	Штат	Почтовый индекс

С кем мы можем связываться по вопросам, связанным с медицинским страхованием сотрудника через эту компанию?

Номер телефона	Электронный адрес
----------------	-------------------

- Мы не предлагаем медицинское страхование.
- Этот сотрудник не соответствует требованиям для получения медицинского страхования в рамках нашего плана медицинского страхования.
- Этот сотрудник соответствует требованиям для получения медицинского страхования в рамках нашего плана медицинского страхования с \_\_\_\_\_ *(дата начала действия плана)*.

Как называется самый недорогой, предлагаемый только сотрудникам компании план, в котором этот сотрудник может зарегистрироваться через Вашу компанию? Указывайте только планы, соответствующие стандарту минимальной ценности\*, установленному Федеральным законом о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании 2010 года. Если Вы не уверены, обратитесь за информацией к поставщику плана медицинского страхования.

Название: \_\_\_\_\_

- Нет планов, соответствующих стандарту минимальной ценности.\*

Какую сумму необходимо будет платить сотруднику в счет оплаты страховых взносов за самый недорогой план?

\$ \_\_\_\_\_

Как часто?

- Еженедельно
- Каждые 2 недели
- Ежеквартально
- Ежемесячно
- Дважды в месяц
- Ежегодно
- Другое \_\_\_\_\_

Какие изменения внесет Ваша компания в план в новом году (если известно)?

- Мы не будем предлагать медицинское страхование.
- Мы начнем предлагать медицинское страхование сотрудникам или изменим сумму страховых взносов за самый недорогой план медицинского страхования, предлагаемый только сотрудникам и соответствующий стандарту минимальной ценности.\* (Страховой взнос должен отражать скидку для программ оздоровления.)

Какую сумму будет платить сотрудник в счет оплаты страховых взносов за этот план? \$ \_\_\_\_\_

Как часто?

- Еженедельно
- Каждые 2 недели
- Ежеквартально
- Ежемесячно
- Дважды в месяц
- Ежегодно

Дата изменения \_\_\_\_\_

\* Стандарт минимальной ценности означает, что план медицинского страхования платит, как минимум, 60% от общей стоимости льгот в рамках плана, предоставляемых сотруднику. (Раздел 36B(c)(2)(C)(ii) Кодекса о внутреннем налогообложении за 1986 г.)

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).



★ Если Вам необходимо указать более четырех лиц, которые хотят выбрать детский стоматологический план или план медицинского страхования, **сделайте копию этой страницы** и отправьте ее с Вашим заявлением.

Если Вы полагаете, что Вы соответствуете требованиям для получения помощи в оплате страховых взносов, укажите название или уровень детских стоматологических планов или планов медицинского страхования, которые Вас интересуют, ниже. Для получения подробной информации о частных планах, предлагаемых Covered California, посетите вебсайт **CoveredCA.com** или позвоните по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

Если Вы полагаете, что Вы соответствуете требованиям Medi-Cal, укажите название плана медицинского страхования, который Вас интересует, ниже. Для получения подробной информации о планах Medi-Cal, предлагаемых в Вашем округе, или для перехода в другой план после регистрации, позвоните в Health Care Options по номеру: 1-800-430-4263 (для лиц с нарушениями слуха: 1-800-430-7077) или посетите вебсайт **healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

Чтобы узнать, соответствуете ли Вы требованиям Medi-Cal или требованиям для получения помощи в оплате страховых взносов, см. Приложение F.

### ► Выберите детский стоматологический план Covered California для детей в возрасте 18 лет или старше

Имя <i>Имя, среднее имя, фамилия, суффикс (примеры: мл., ст., III, IV)</i>	Название детского стоматологического плана	Уровень медицинского страхования	Тип плана
Ребенок 1:		<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
Ребенок 2:		<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
Ребенок 3:		<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
Ребенок 4:		<input type="checkbox"/> Высокий <input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO

DEPO – Организация поставщика стоматологических услуг с особыми полномочиями

DHMO – Организация по поддержанию стоматологического здоровья

DPPO – Предпочтительная организация поставщика стоматологических услуг

### ► Выберите Ваш план медицинского страхования

Планы Medi-Cal и Covered California		Только планы Covered California		
Имя <i>Имя, среднее имя, фамилия, суффикс (примеры: мл., ст., III, IV)</i>	Название плана медицинского страхования	Уровень	Номер уровня	Тип плана
Лицо 1:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> План минимального медицинского страхования		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Лицо 2:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> План минимального медицинского страхования		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Лицо 3:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> План минимального медицинского страхования		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Лицо 4:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> План минимального медицинского страхования		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

EPO – Организация поставщика услуг с особыми полномочиями; HMO – Организация по поддержанию здоровья; HSA – Накопительный счет на цели медицинских услуг (этот тип плана позволяет участникам открывать и вносить средства на Накопительный счет на цели медицинских услуг); PPO – Предпочтительная организация поставщика медицинских услуг

Чтобы выбрать план, все лица в возрасте 18 лет или старше, выбирающие план медицинского страхования, должны согласиться и подписать арбитражное соглашение на следующей странице.

Приложение D продолжение на следующей странице



**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.

### Соглашение об обязывающем арбитраже

#### ► Для всех лиц, выбирающих план медицинского страхования Covered California:

Я понимаю, что все участвующие планы медицинского страхования регулируются собственными правилами для разрешения конфликтов и споров, в том числе, без ограничений, конфликтов и споров со стороны меня, зарегистрированных в плане лиц на моем иждивении, моих наследников или уполномоченных представителей против плана медицинского страхования, любых привлекаемых поставщиков медицинских услуг, администраторов или иных связанных сторон в отношении участия в плане медицинского страхования, предоставляемых услуг, случаев проявления халатности со стороны врача или больницы (претензия относительно медицинских услуг, не являющихся необходимыми, допустимыми или выполненными надлежащим образом) или ответственности компании за несчастные случаи, связанные с помещением.

Я понимаю, что при выборе плана, требующего обязывающего арбитража для урегулирования конфликтов и споров, я соглашаюсь на использование обязывающего арбитража для урегулирования конфликтов и споров (кроме случаев, подлежащих рассмотрению в Суде мелких тяжб или случаев, на которые не распространяется обязывающий арбитраж, в соответствии с законодательством) и отказываюсь от права на рассмотрение конфликтов и споров в суде присяжных, за исключением случаев, когда иное предусмотрено действующим законодательством. Я понимаю, что полный текст положений в отношении арбитража, применимых к участвующему плану медицинского страхования, если таковые имеются, содержится в документе о медицинском страховании соответствующего плана, представленном онлайн на вебсайте **CoveredCA.com**, я также могу позвонить в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500) для получения подробной информации.

#### ► Для всех лиц, выбирающих план медицинского страхования Kaiser Medi-Cal:

Оговорка об обязывающем арбитраже: Я ознакомлен с описанием плана медицинского страхования. Я понимаю, что правила Kaiser требуют использования независимого обязывающего арбитража для урегулирования определенных конфликтов и споров. В их число входят споры относительно необходимости и допустимости предоставленных медицинских услуг (медицинская халатность) или другие конфликты и споры, связанные с льготами или предоставлением услуг, включая претензии относительно медицинских услуг, не являющихся необходимыми, допустимыми или выполненными надлежащим образом. Выбирая Kaiser в качестве моего плана медицинского страхования Medi-Cal, я отказываюсь от моего конституционного права на рассмотрение определенных конфликтов и споров в суде присяжных. Я также соглашаюсь использовать обязывающий арбитраж для рассмотрения и урегулирования определенных конфликтов и споров. Я не отказываюсь от моего права на слушание комиссией штата в случаях, подлежащих рассмотрению комиссией штата.

#### ► Подписи лиц, регистрирующихся во всех планах

Подпись <b>Лица 1</b> или ответственного лица или уполномоченного представителя Лица 1, при условии достижения возраста не менее 18 лет	Дата
►	
Подпись <b>Лица 2</b> или ответственного лица или уполномоченного представителя Лица 2, при условии достижения возраста не менее 18 лет	Дата
►	
Подпись <b>Лица 3</b> или ответственного лица или уполномоченного представителя Лица 3, при условии достижения возраста не менее 18 лет	Дата
►	
Подпись <b>Лица 4</b> или ответственного лица или уполномоченного представителя Лица 4, при условии достижения возраста не менее 18 лет	Дата
►	

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



### Иммиграционный статус

#### Используйте этот список для раздела «Подача заявления на медицинское страхование»

Если Ваш иммиграционный статус соответствует одному из пунктов ниже, Вы можете соответствовать требованиям для получения медицинского страхования:

- Лицо с правом постоянного проживания (LPR/держатель «грин-карты»)
- Лицо с правом временного проживания (LTR)
- Лицо, получившее убежище
- Беженец
- Иммигрант с Кубы/Гаити
- Лицо, освобожденное из заключения с пребыванием на территории США
- Иммигрант с условным статусом, предоставленным до 1980 г.
- Супруг(-а), ребенок или родитель, являющийся жертвой бытового насилия
- Жертва торговли людьми и его/ее супруг (-а), ребенок, брат/сестра или родитель
- Лицо с не иммиграционным статусом (рабочая виза, студенческая виза и граждане Микронезии, Маршалловых островов и Палау)
- Статус временной защиты (TPS) или податель заявление на статус временной защиты (TPS)
- Отложенный вынужденный отъезд (DED)
- Статус «отложенное исполнение» *Примечание: Если Вы являетесь лицом со статусом «отложенное исполнение», в соответствии с Положением об отложенном исполнении в случае прибытия в детском возрасте (DACA) Министерства внутренней безопасности США, Вы не являетесь лицом, находящимся в стране на законных основаниях.*
- Приостановленный процесс депортации или выдворения за пределы страны, в соответствии с иммиграционным законодательством или Конвенцией против пыток (CAT)
- Податель заявления на приостановление процесса депортации или выдворения за пределы страны, в соответствии с иммиграционным законодательством или Конвенцией против пыток (CAT)
- Податель заявления на особый иммиграционный статус для несовершеннолетних
- Податель заявления на изменение статуса лица с правом постоянного проживания, при условии одобрения заявления на предоставление визы
- Податель заявления на предоставление убежища
- Податель заявления на получение документа, подтверждающего право на осуществление трудовой деятельности (EAD)
- Надзорное производство (при наличии EAD)
- Податель заявления на отмену или приостановление процесса депортации (при наличии EAD)

Если Ваш иммиграционный статус не указан выше, Вы, тем не менее, можете соответствовать требованиям для получения медицинского страхования, и Вам следует подать заявление.

### Индивидуальная предпринимательская деятельность

#### Используйте этот список для раздела «Являетесь ли Вы частным предпринимателем?»

Вы можете вычесть следующие статьи расходов из суммы Вашего общего дохода для определения Вашего чистого дохода от частной предпринимательской деятельности. См. «Инструкции для расписания С» на вебсайте [irs.gov](http://irs.gov) для получения подробной информации.

- Расходы на автотранспорт (поездки в течение рабочего дня, не включая поездки на работу и домой после работы)
- Амортизация
- Заработная плата и льготы сотрудников
- Страхование имущества, ответственности или страхование компании от убытков в случае остановки производства
- Проценты (например, проценты по ипотечному кредиту, выплаченные банкам)
- Юридические и профессиональные услуги
- Аренда производственных помещений
- Комиссии, налоги, лицензии и сборы
- Реклама
- Услуги подрядчиков
- Ремонт и техобслуживание
- Отдельные командировочные расходы и расходы на питание

### Примеры другого дохода

#### Используйте этот список для раздела «Имеется ли у Вас другой доход?»

- Пособие по безработице
- Пособие в рамках социального страхования
- Пенсия или пенсионный доход
- Доход от аренды или лицензионного использования
- Полученные алименты
- Доход от инвестиций
- Доход от прироста капитала
- Доход от фермерской деятельности или рыбного промысла
- Аннулированные долги
- Возмещение ущерба по суду
- Вознаграждение за деятельность в качестве присяжного
- Разное

### Налоговые вычеты

#### Используйте этот список для раздела «Имеются ли у Вас налоговые вычеты?»

- Отдельные расходы в рамках частной предпринимательской деятельности
- Процентный вычет по кредиту на обучение
- Плата за обучение
- Расходы на образование
- Вклады на индивидуальный пенсионный счет
- Расходы на переезд
- Штраф за досрочное изъятие накопительного депозита
- Вычет по медицинскому сберегательному счету
- Выплаченные алименты
- Вычет за деятельность в рамках внутреннего производства
- Отдельные производственные расходы резервистов, актеров и оплачиваемых правительственных чиновников



► Узнайте, для какого типа медицинского страхования Вы можете соответствовать требованиям в 2014 году.

Количество человек в Вашей семье	Если ежегодный совокупный доход Вашей семьи ниже:	Если ежегодный совокупный доход Вашей семьи между:
1	\$15,860*	\$15,860 – \$45,960
2	\$21,400	\$21,400 – \$62,040
3	\$26,950	\$26,950 – \$78,120
4	\$32,500	\$32,500 – \$94,200
5	\$38,050	\$38,050 – \$110,280



**Вы можете соответствовать требованиям Medi-Cal.**



**Вы можете соответствовать требованиям для получения медицинского страхования с предоставлением финансовой помощи через Covered California.**

*\*Эти суммы совокупного дохода семьи являются исключительно ориентировочными и основаны на данных о доходах за 2013 год.*

Если у Вас уже есть доступное медицинское страхование через работодателя или государственную программу, например, Medicare или Medicaid, Вы не соответствуете требованиям для участия в планах медицинского страхования Covered California.

★ Если у Вас есть дети, или если Вы являетесь беременной женщиной, Ваш доход может быть выше, и Вы, тем не менее, можете соответствовать требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования через Medi-Cal или AIM. Если Вы являетесь беременной женщиной, Вы и Ваш будущий ребенок (дети) рассматриваются как отдельные лица для целей соответствия требованиям Medi-Cal и как одно лицо для целей получения финансовой помощи через Covered California.



# Часто задаваемые вопросы (ЧЗВ)

## Получение помощи через Covered California

### 1. Что такое Covered California?

Covered California – это новая рыночная платформа, позволяющая лицам и семьям получать бесплатное или доступное медицинское страхование через Medi-Cal или получать помощь в оплате частного медицинского страхования, предлагаемого через Covered California.

Нашей целью является сделать получение медицинского страхования простым и доступным для жителей Калифорнии. Covered California – это партнерство между Рынком медицинских льгот штата Калифорния и Департаментом здравоохранения штата Калифорния.

### 2. Что такое Medi-Cal?

Medi-Cal – это вариант федеральной программы Medicaid, действующий в штате Калифорния. Medi-Cal предоставляет бесплатное или доступное медицинское страхование для жителей Калифорнии, соответствующих требованиям.

### 3. Что такое «Access for Infants and Mothers» (AIM)?

AIM – это программа по обеспечению доступного медицинского страхования для беременных женщин, не имеющих медицинского страхования, доход которых слишком высок для получения бесплатного медицинского страхования через Medi-Cal. AIM также предлагается женщинам, зарегистрированным в планах частного медицинского страхования с вычитаемым минимумом только на медицинские услуги для беременных и рожениц или дополнительной платой свыше 500 долларов.

### 4. Как Covered California может помочь мне?

Covered California может помочь Вам выбрать план частного медицинского страхования, который соответствует Вашим медицинским потребностям и бюджету. Мы предлагаем некоторые из наиболее известных планов медицинского страхования в штате, а также некоторые региональные и местные планы. Мы можем понятно объяснить стоимость и льготы в рамках планов медицинского страхования, чтобы Вы могли сравнить предлагаемые Вам варианты. Вы будете знать, что именно Вы получаете в рамках плана, и сколько это будет стоить, прежде чем Вы выберете план медицинского страхования.

### 5. Могу ли я получить медицинское страхование, даже если мой доход слишком высок?

Да. Любой житель Калифорнии, соответствующий требованиям, может приобрести частное медицинское страхование через Covered California, вне зависимости от дохода. Мы используем данные о доходе для определения наиболее доступного медицинского страхования для Вас и Вашей семьи.

### 6. Какое медицинское страхование предлагается через Covered California?

Вы можете выбирать из большого количества планов медицинского страхования. Страховые компании **не имеют права отказать Вам в медицинском страховании** по причине ранее возникшего заболевания или отсутствия медицинского страхования ранее.

Covered California предлагает четыре группы планов частного медицинского страхования: platinum, gold, silver и bronze, а также план минимального медицинского страхования.

Эти группы предлагают различные уровни медицинского страхования – от низкого до высокого. Планы, покрывающие большую часть Ваших медицинских расходов, обычно отличаются высоким вычитаемым удержанием, но они позволяют Вам платить меньше за получаемые медицинские услуги.

Планы platinum отличаются самым высоким вычитаемым удержанием, но они оплачивают около 90% Ваших медицинских расходов. Планы gold оплачивают около 80%, и планы silver оплачивают около 70% Ваших медицинских расходов. Планы bronze отличаются самым низким вычитаемым удержанием, но они оплачивают около 60% покрываемых медицинских расходов. Чтобы узнать больше о предлагаемых пакетах медицинских льгот, пожалуйста, посетите вебсайт **CoveredCA.com** и ознакомьтесь с документами плана, в частности, «Границы страховой ответственности» или договор страхования плана. Или Вы можете позвонить нам по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

Если Вы соответствуете требованиям Medi-Cal, уровень медицинского страхования и стоимость отличаются и могут быть бесплатными для Вас.

### 7. Могу ли я получить медицинское страхование через Covered California?

Любой житель Калифорнии может получить медицинское страхование через Covered California, если он/она проживает на территории штата и соответствует другим требованиям.

Податели заявлений могут соответствовать требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования или финансовой помощи, которая может снизить размер страховых взносов и дополнительной платы. Размер финансовой помощи зависит от состава и совокупного дохода семьи. Податели заявлений соответствуют требованиям, если их доход соответствует установленному минимуму.

### 8. Сколько это стоит?

Стоимость зависит от того, для каких программ медицинского страхования и какой финансовой помощи Вы соответствуете требованиям, а также от выбранного Вами плана медицинского страхования. Вы можете использовать калькулятор стоимости на вебсайте **CoveredCA.com**, чтобы рассчитать стоимость и узнать, соответствуете ли Вы требованиям для получения помощи в оплате медицинского страхования.

Часто задаваемые вопросы продолжение на следующей странице 

Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Получение помощи через Covered California *(продолжение)*

### 9. Нужно ли мне высылать первый страховой взнос с этим заявлением?

Нет, не отправляйте первый платеж с этим заявлением. Вы получите счет от Вашего плана медицинского страхования с указанием суммы, которую Вы должны заплатить.

### 10. Как я могу подать заявление?

Вы можете подать заявление на получение медицинского страхования через Covered California следующим образом:

- **Онлайн:** Посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com). Мы предоставляем информацию обо всех планах медицинского страхования в простой и доступной форме.
- **По телефону:** Позвоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00.. Звонок бесплатный!
- **По факсу:** Отправьте Ваше заявление по факсу: 1-888-329-3700.
- **По почте:** Отправьте заявление Covered California по адресу: Covered California P.O. Box 989725 West Sacramento, CA 95798-9725
- **Лично:** У нас работают специально обученные Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию, которые могут Вам помочь. Вы также можете посетить офис социальных служб Вашего округа. Эта помощь предоставляется бесплатно! Чтобы ознакомиться со списком офисов по Вашему месту жительства или работы, посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) или позвоните по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

### 11. В настоящее время я являюсь участником программы Medi-Cal. Могу ли я получить медицинское страхование через Covered California?

Если Ваш доход изменяется в течение года или на момент ежегодного возобновления медицинского страхования, Вы можете соответствовать требованиям для получения другого медицинского страхования и помощи в оплате страховых взносов через Covered California.

### 12. Что, если у меня уже есть медицинское страхование?

Если у Вас уже есть доступное медицинское страхование через Вашего работодателя, Вам не нужно предпринимать каких-либо действий. Но Вы, тем не менее, можете узнать, соответствуете ли Вы или члены Вашей семьи требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования.

Если Вы подаете заявление, обязательно заполните Приложение В и отправьте его с Вашим заявлением.

### 13. Необходимо ли мне медицинское страхование в связи с началом реализации реформы системы здравоохранения?

С января 2014 года большинству лиц, включая детей, необходимо будет иметь медицинское страхование или платит налоговый штраф. Медицинское страхование может быть через Вашего работодателя, приобретенное самостоятельно, через Medicare или Medi-Cal.

Некоторым лицам, в качестве исключения, не обязательно иметь медицинское страхование. В числе этих лиц, без ограничений, члены признанных на федеральном уровне религиозных сект или групп, которым религиозные убеждения не позволяют принимать льготы в рамках плана медицинского страхования, лица в тюремном заключении, члены признанных на федеральном уровне племен американских индейцев или коренных жителей Аляски, а также лица, платящие более 8% от своего дохода в счет оплаты медицинского страхования, сверх вклада со стороны работодателя или помощи в оплате медицинского страхования.

В 2014 году сумма штрафа составит 1% Вашего годового дохода или 95 долларов, в зависимости от того, какая сумма больше. Размер штрафа будет ежегодно повышаться. К 2016 году сумма штрафа составит 2,5% Вашего годового дохода или 695 долларов, в зависимости от того, какая сумма больше. После 2016 года налоговый штраф будет увеличиваться ежегодно, с учетом поправки на рост прожиточного минимума.

Для получения подробной информации о штрафных санкциях посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) или позвоните в местный офис социальных служб округа или в Covered California.

### 14. У меня нет всей необходимой информации, чтобы ответить на вопросы в заявлении. Что мне делать?

Если у Вас нет всей необходимой информацией, тем не менее, подпишите и отправьте заявление. Мы позвоним Вам и объясним, что Вам необходимо сделать, в течение 10-15 календарных дней после получения Вашего заявления. Если мы не свяжемся с Вами в течение этого срока, пожалуйста, позвоните нам по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

### 15. Что происходит после подачи заявления?

Мы отправим Вам письмо в течение 45 дней с информацией о том, для какой программы Вы и члены Вашей семьи соответствуете требованиям. Если Вы не получите письмо в течение этого срока, пожалуйста, позвоните нам по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

Часто задаваемые вопросы продолжение на следующей странице 

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).



## Получение помощи через Covered California *(продолжение)*

### 16. Могу ли я получить помощь в заполнении заявления или выборе плана медицинского страхования?

Да! Помощь предоставляется бесплатно. Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию работают в районах по всему штату, предоставляя информацию о новых вариантах медицинского страхования и помощь в заполнении заявления. Вы также можете получить помощь, обратившись в офис социальных служб Вашего округа. Вы можете получить помощь на различных иностранных языках.

Получите помощь в заполнении заявления или выборе плана медицинского страхования:

- **Онлайн:** Посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com). Мы предоставляем информацию обо всех планах медицинского страхования в простой и доступной форме.
- **По телефону:** Позвоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Звонок бесплатный!
- **Лично:** У нас работают специально обученные Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию, которые могут Вам помочь. Вы также можете посетить офис социальных служб Вашего округа. Эта помощь предоставляется бесплатно! Чтобы ознакомиться со списком офисов по Вашему месту жительства или работы, посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) или позвоните по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).

### 17. Как я могу выбрать план медицинского страхования?

Если Вы соответствуете требованиям для регистрации в планах частного медицинского страхования через Covered California, Вы можете посетить вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com), чтобы легко приобрести и сравнивать планы медицинского страхования.

Вам также предлагаются брошюры о планах медицинского страхования Covered California. Covered California предложит Вам на выбор планы частного медицинского страхования и планы Medi-Cal. Вы можете выбрать уровень медицинского страхования, соответствующий Вашим медицинским потребностям и бюджету.

- Вы можете выбрать план с более высокими ежемесячными выплатами (они называются страховые взносы), что позволит Вам платить меньше в счет текущих расходов, когда Вам необходимы медицинские услуги.
- Или можете выбрать план с более низкими ежемесячными выплатами, но Вам придется платить больше в счет текущих расходов, когда Вам необходимы медицинские услуги.

Если Вы соответствуете требованиям Medi-Cal, уровень медицинского страхования и стоимость отличаются и могут быть бесплатными для Вас. Чтобы узнать больше о планах Medi-Cal, предлагаемых в Вашем округе, позвоните в Health Care Options по номеру: **1-800-430-4263** (для лиц с нарушениями слуха: 1-800-430-7077). Или посетите вебсайт [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov).

## Финансовая поддержка

### 18. У меня скромный доход. Какие существуют программы для оказания мне помощи в получении медицинского страхования?

С 1 января 2014 года лица, которым необходимо медицинское страхование, могут получить его одним из следующих способов:

**A. Помощь в оплате ежемесячных страховых взносов.** Помощь в оплате страховых взносов предлагается для обеспечения доступности медицинского страхования. Лица, соответствующие требованиям для получения помощи в оплате страховых взносов, могут получить помощь предварительно (до уплаты налогов) для снижения суммы ежемесячных страховых взносов. Или же они могут получить помощь в конце года и заплатить меньше налогов.

Размер помощи в оплате страховых взносов зависит от состава и дохода Вашей семьи.

**B. Medi-Cal:** Medi-Cal – это программа Medicaid штата Калифорния, оплачиваемая за счет налоговых средств федерального уровня и уровня штата. Эта программа предлагает медицинское страхование для жителей Калифорнии с низким уровнем дохода, соответствующих определенным требованиям.

Если Ваш доход соответствует установленному Medi-Cal уровню для соответствующего размера семьи, Вы получаете медицинское страхование в рамках программы Medi-Cal бесплатно.

### 19. Если мой доход изменится, изменится ли сразу размер помощи в оплате страховых взносов?

Нет, размер помощи в оплате страховых взносов не изменится сразу. Мы рассмотрим всю поступившую к нам новую информацию. Мы сообщим Вам, если размер оказываемой Вам помощи в оплате страховых взносов изменится.

### 20. Если мой доход изменится, как это отразится на мне при подаче налоговой декларации?

Крайне важно информировать Covered California об изменениях дохода, которые оказывают влияние на размер получаемой Вами помощи в оплате страховых взносов (или налоговых кредитов). Если Ваш доход снижается, Вы можете соответствовать требованиям для получения большей суммы помощи в оплате страховых взносов, что еще больше снизит размер текущих расходов на медицинские услуги. Однако если Ваш доход повышается, Вы можете получать слишком большую сумму помощи в оплате страховых взносов, и Вам необходимо будет вернуть часть суммы при уплате налогов за год предоставления льгот.

Часто задаваемые вопросы продолжение на следующей странице



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).



## Финансовая поддержка *(продолжение)*

### 21. Что если я не подавал (-а) налоговую декларацию в прошлом году?

Если Вы не подавали налоговую декларацию в прошлом году, Вы, тем не менее, можете подать заявление на получение медицинского страхования и получить помощь в оплате страховых взносов. Мы используем информацию о доходах для определения наиболее доступного медицинского страхования для Вас и Вашей семьи.

Если Вы соответствуете требованиям для получения помощи в оплате страховых взносов, Вы должны подать налоговую декларацию за год предоставления льгот.

### 22. Что если мой доход изменится после подачи заявления?

Если Ваш доход изменится, это может повлиять на тип медицинского страхования, для которого Вы соответствуете требованиям.

Если у Вас есть частное медицинское страхование через Covered California, позвоните, чтобы сообщить об изменении дохода, которое может повлиять на Ваше соответствие требованиям, в течение 30 дней.

Если Вы – участник программы Medi-Cal, и Ваш доход изменяется, свяжитесь с местным офисом социальных служб Вашего округа в течение 10 дней.

## Другие вопросы

### 23. Должны ли все лица, указанные в заявлении, являться гражданами США?

Нет. Вы можете соответствовать требованиям Medi-Cal, даже если Вы не являетесь гражданином США.

### 24. Будут ли члены моей семьи соответствовать требованиям для той же программы медицинского страхования, что и я?

В зависимости от состава и дохода семьи, Вы можете соответствовать требованиям различных программ. Например, Вы можете соответствовать требованиям для получения доступного медицинского страхования через Covered California. Однако Ваш ребенок может соответствовать требованиям для бесплатного медицинского страхования в рамках Medi-Cal. Мы сообщим Вам, для какого типа медицинского страхования соответствуете Вы и члены Вашей семьи.

### 25. В заявлении требуется предоставить различные персональные данные. Будет ли Covered California предоставлять мои персональные данные и финансовую информацию другим сторонам?

Нет. Предоставляемая Вами информация является строго конфиденциальной, в соответствии с требованиями федерального законодательства и законами штата. Мы используем Вашу информацию исключительно для определения соответствия требованиям для получения медицинского страхования.

### 26. Смогу ли я сразу использовать мое медицинское страхование Covered California?

Если Вы подаете заявление с октября по декабрь 2013 года, планы медицинского страхования начинают действие с 1 января 2014 года. Если Вы подаете заявление после 1 января 2014 года, Ваш план медицинского страхования может начать действие уже через месяц после подачи заявления.

### 27. Что значит «ограниченные физические возможности»?

Вы можете соответствовать требованиям Medi-Cal в связи с ограниченными физическими возможностями, если:

- Вы страдаете глухотой или серьезной потерей слуха.
- Вы страдаете слепотой или серьезной потерей зрения, даже если Вы носите очки.
- Вы страдаете отставанием в умственном или когнитивном развитии, и у Вас есть проблемы с памятью, концентрацией или принятием решений.
- Вы страдаете заболеванием, требующим амбулаторного лечения, и Вам трудно ходить или подниматься по лестнице.
- Вам трудно принимать ванну, одеваться и выполнять подобные повседневные действия.
- Вы страдаете физическим, психическим заболеванием или эмоциональным расстройством, и Вам трудно выполнять необходимые дела (например, покупки или посещение врача) без помощи.

Вам **не** нужно получать особые услуги по оказанию помощи на дому или проживать в доме престарелых или другом подобном учреждении.

### 28. Я страдаю ранее возникшим заболеванием, или у меня ограниченные физические возможности. Могу ли я получить медицинское страхование через Covered California?

Да, Вы можете получить медицинское страхование, вне зависимости от текущих или прошлых заболеваний или ограниченных физических возможностей.

С начала 2014 года большинство планов медицинского страхования не смогут отказать Вам в медицинском страховании или брать с Вас более высокую плату в связи с наличием ранее возникшего заболевания или ограниченных физических возможностей.

### 29. Я только что узнала, что я беременна. Могу ли я подать заявление на получение медицинского страхования во время беременности?

Да. Обязательно выберите ответ «Да» на вопрос «Являетесь ли Вы беременной женщиной?» в заявлении или скажите об этом лицу, помогающему Вам заполнять Ваше заявление. Вы можете подать заявление на получение медицинского страхования, покрывающего медицинские услуги в течение беременности, роды и медицинские услуги после родов. Планы медицинского страхования более не могут отказать Вам в медицинском страховании, если Вы беременны.

Часто задаваемые вопросы продолжение на следующей странице



Нужна помощь?

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



## Другие вопросы *(продолжение)*

### 30. У меня только что родился ребенок. Что мне необходимо сделать в отношении медицинского страхования?

Если на дату родов у Вас не было медицинского страхования через Medi-Cal или «Access for Infants and Mothers» (AIM), заполните это заявление на Вашего новорожденного ребенка. Если у Вас было медицинское страхование через Medi-Cal или AIM во время беременности, Вам не нужно заполнять это заявление.

- Укажите данные матери на странице 2 этого заявления.
- Если у Вас было медицинское страхование через Medi-Cal, позвоните в офис социальных служб Вашего округа, чтобы убедиться, что медицинское страхование распространяется на Вашего новорожденного ребенка с первого дня жизни, или заполните форму о медицинском страховании для новорожденного ребенка. Распечатайте форму на вебсайте: [www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf).
- Если у Вас было медицинское страхование через AIM, позвоните по номеру: 1-800-433-2611 или посетите вебсайт [aim.ca.gov](http://aim.ca.gov), чтобы зарегистрировать Вашего новорожденного ребенка.

### 31. Буду ли я соответствовать требованиям, если я не являюсь гражданином США, и у меня нет удовлетворительного иммиграционного статуса?

Любое лицо, проживающее на территории штата Калифорния, может подавать это заявление на получение медицинского страхования. Только лица, подающие заявление на получение медицинского страхования, должны предоставить номер социального страхования или данные об иммиграционном статусе.

Но Вы можете соответствовать требованиям для участия в программах медицинского страхования вне зависимости от Вашего иммиграционного статуса, и даже если у Вас нет номера социального страхования.

Мы соблюдаем конфиденциальность Вашей информации и предоставляем ее другим государственным учреждениям только для определения программ медицинского страхования, требованиям которых Вы соответствуете.

### 32. Находились ли Вы на воспитании в приемной семье на момент Вашего совершеннолетия?

Если Вы находились на воспитании в приемной семье и получали медицинское страхование в рамках Medicaid в любом штате на момент, когда Вам исполнилось 18 лет, и сейчас Вам от 18 до 26 лет, Вы можете соответствовать требованиям Medi-Cal. После подтверждения Вашего статуса жителя Калифорнии, мы регистрируем Вас в программе Medi-Cal бесплатно. Затем мы проверим данные о том, что ранее Вы находились на воспитании в приемной семье и получали медицинское страхование в рамках Medicaid.

### 33. Что значит «одноразовая выплата»?

Одноразовая выплата или одноразовые платежи разрешены только в отношении выигрышей в азартных играх, призов, списанных долгов, заработной платы или заработной платы от работодателя умерших лиц, поступившей пережившему супругу (-е), выплаченных ретроспективно льгот в рамках социального обеспечения и пенсионных льгот для сотрудников железнодорожных компаний, лотерейных выигрышей, подарков и выплаченных ретроспективно пособий по безработице.

### 34. Что значит «частный предприниматель»?

Частный предприниматель получает непосредственный доход от собственной коммерческой деятельности или услуг. Частные предприниматели не получают средства от компаний, выплачивающих им заработную плату.

### 35. Где я могу получить информацию о регистрации для участия в выборах?

Если Вы не зарегистрированы для участия в выборах по месту жительства и хотите зарегистрироваться сегодня, пожалуйста, посетите вебсайт: [registertovote.ca.gov](http://registertovote.ca.gov). Или позвоните по номеру: 1-800-345-VOTE (8683).

### 36. Я – представитель племени американских индейцев или коренных жителей Аляски. Как Covered California может помочь мне?

Если Вы являетесь представителем признанного на федеральном уровне племени американских индейцев или коренных жителей Аляски, или если Вы по иным основаниям соответствуете требованиям для получения услуг через Службу медицинских услуг для индейских племен, программы здравоохранения для племенных народов или программы здравоохранения для коренных индейцев, проживающих в городах, Вы можете соответствовать требованиям для получения бесплатного или доступного медицинского страхования в рамках Medi-Cal. Вы также можете соответствовать требованиям для получения помощи в оплате страховых взносов или освобождаться от оплаты текущих наличных расходов на медицинское цели. На Вас также могут распространяться особые периоды регистрации в плане медицинского страхования.

- Заполните Приложение А и отправьте его с документами, подтверждающими Ваше происхождение от племени американских индейцев или коренных жителей Аляски. Вы можете использовать карту члена племени или сертификат, подтверждающий происхождение от племени коренных индейцев (CDIB), выданный Бюро по делам племен коренных индейцев.
- Если Вы соответствуете требованиям Medi-Cal, Вам не нужно отправлять подтверждающие документы. См. Приложение F, чтобы узнать, соответствуете ли Вы требованиям Medi-Cal.

### 37. Что если я не согласен (-на) с решением, принятым Covered California?

Вы можете подать на апелляцию. Чтобы подать на апелляцию в отношении решения, с которым Вы не согласны, свяжитесь с Covered California одним из следующих способов:

- **Онлайн:** Посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com).
  - **По телефону:** Позвоните в Covered California по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Звонок бесплатный!
  - **По факсу:** Отправьте Ваше заявление по факсу: 1-888-329-3700.
  - **По почте:** Отправьте заявление Covered California по адресу: Covered California P.O. Box 989725 West Sacramento, CA 95798-9725
  - **Лично:** У нас работают специально обученные Сертифицированные консультанты по регистрации в плане медицинского страхования и Сертифицированные агенты по медицинскому страхованию, которые могут Вам помочь. Вы также можете посетить офис социальных служб Вашего округа.
- Эта помощь предоставляется бесплатно! Чтобы ознакомиться со списком офисов по Вашему месту жительства или работы, посетите вебсайт [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) или позвоните по номеру: 1-800-778-7695 (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500).



# Вы можете получить дополнительную помощь

## CalFresh

Вам необходима помощь в оплате питания и продовольственных продуктов для Вас и Вашей семьи?



Программа CalFresh может помочь! В Калифорнии федеральная программа «Supplemental Nutrition Assistance Program» (SNAP) известна под названием CalFresh. Программа CalFresh помогает Вам оплачивать расходы на свежие фрукты, овощи и другие полезные питательные продукты.

Чтобы узнать, соответствуете ли Вы требованиям CalFresh, позвоните по номеру: **1-877-847-3663** или посетите вебсайт: **www.calfresh.ca.gov**, или Вы можете подать заявление онлайн на вебсайте: **benefitscal.org**.

## Welltopia by DHCS

Посетите страницу «Welltopia by the Department of Health Care Services (DHCS)», посвященную здоровью и здоровому образу жизни, на вебсайтах Facebook и Twitter! Вы найдете полезные советы о том, как снизить уровень стресса, питаться более здоровой пищей, наслаждаться физической активностью, бросить курить и многое другое.



Welltopia by DHCS предлагает:

- Бесплатные увлекательные приложения о здоровье и здоровом образе жизни
- Увлекательные видео
- Ссылки:
  - Вкусные и простые рецепты
  - Адреса рынков свежих овощей и фруктов
  - CalFresh
- Увлекательные места и занятия для Вас и Ваших детей
- Образование, трудоустройство и другие услуги, облегчающие Вашу жизнь



Отметьте Welltopia by DHCS статусом «Нравится» на Facebook! Зайдите на вебсайт: [Facebook.com/DHCSWelltopia](https://www.facebook.com/DHCSWelltopia)



Следуйте за нами! [@Weltopiadhcs](https://twitter.com/Weltopiadhcs)

## Налоговый зачет за заработанный доход (EITC)

Налоговый зачет за заработанный доход (EITC) – это льгота для лиц со средним уровнем дохода. Этот налоговый кредит уменьшает сумму причитающегося налога и может также означать получение возмещения. [www.eitc.ca.gov](http://www.eitc.ca.gov)

[www.childtaxcredit.ca.gov](http://www.childtaxcredit.ca.gov)

## Налоговый зачет, выплачиваемый за ребенка

Этот налоговый кредит может достигать суммы до 1 000 долларов за каждого соответствующего требованиям ребенка, в зависимости от Вашего дохода.

[www.childtaxcredit.ca.gov](http://www.childtaxcredit.ca.gov)

**Нужна помощь?**

Звоните в Covered California по номеру: **1-800-778-7695** (для лиц с нарушениями слуха: 1-888-889-4500). Звонок бесплатный. Звоните с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 и по субботам с 08:00 до 18:00. Или посетите вебсайт **CoveredCA.com**.



# Получение помощи на других языках

Вы можете получить помощь, связанную с этим заявлением, на других языках. Звоните по номеру: 1-800-778-7695.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言  
獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձեր լրացնելու հարցում: Ջանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على مساعدة خاصة بهذا التطبيق باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

Отметьте Covered California статусом «Нравится» на Facebook! Зайдите на вебсайт: [Facebook.com/CoveredCA](https://www.facebook.com/CoveredCA)



Следуйте за нами! @CoveredCA

