

# Redeterminare Medicaid/Aplicație Program Economii Medicare



La cerere, această aplicație poate fi procurată într-un format alternativ accesibil persoanelor cu incapacități. Formatele alternative disponibile includ: tipar mărit, Braille, înregistrare pe casete audio, format electronic și prezentare orală. Pentru a face o cerere, înștiințați un angajat sau telefonați, trimiteți fax sau TTY cererea d-voastră.

Nume	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB	SSN
Numele Soției			SSN
Adresa acasă			Tel
Oraș	Stat	Cod	

Adresa poștală (dacă diferă)

**Vă rugăm să enumerați orice dependenți pe o foaie de hârtie separată.**

Sunteți veteran d-voastră sau un alt membru al familiei d-voastră?  Da  Nu

### Enumerați venitul d-voastră:

Beneficii Securitate Socială	\$	Beneficii veteran	\$
Pensionare sau beneficii pensie	\$	Venit de la lucru	\$
Altele	\$	Altele	\$

### Enumerați venitul soției:

Beneficii Securitate Socială	\$	Beneficii veteran	\$
Pensionare sau beneficii pensie	\$	Venit de la lucru	\$
Altele	\$	Altele	\$

Eu sau alți aplicanți posedăm sau avem parte în unul sau mai multe din următoarele:

Cont(uri) de cecuri	\$
Cont(uri) de economii	\$
Proprietate, trust, fonduri de pensionare, certificate pe termen	\$
Altele	\$

Eu sau alți aplicanți am vândut, schimbat, dat mai departe proprietate personală, bani lichizi, proprietate reală (pământ, construcții sau interes proprietate pe viață) sau încasările dintr-un împrumut pe valoarea casei din ultimele 60 de luni

Da  Nu

**Dacă da, completați mai jos:**

Descrierea Proprietății	Data transfer	Valoarea la transfer	Suma primită	Suma datorată d-voastră	Suma primită pe lună
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

Departamentul de Servicii Umane (DHS) nu va discrimina împotriva nimănui. Aceasta înseamnă că DHS va ajuta pe toți cei ce se califică. Departamentul de Servicii Umane nu va refuza ajutorul niciunei persoane bazat pe vârstă, rasă, culoare, origine națională, sex, orientare sexuală, religie, crezuri politice sau handicap. Dacă credeți că DHS v-a discriminat pentru vre-unul din aceste motive, puteți înainta o plângere.

Seniors and  
People with  
Disabilities

SDS 539C

Client

Date sent

Case number

Prime number

Date of birth

Program

Branch code

Worker

Worker phone #

Eu sau alți aplicanți deținem sau cumpăram unul sau mai multe din următoarele articole: automobil, camionetă, motocicletă, barcă, rulotă, sanie cu motor, remorcă, utilaje de schimb, echipament de fermă sau business, turme de vite, pădure, altele.  Da  Nu

Articol	Marca, modelul, anul sau altă descriere	Valoare	Suma datorată
		\$	\$
		\$	\$

Eu sau alți aplicanți deținem sau cumpărăm sau avem parte într-unul din următoarele articole:

Casă  Casă mobilă  Alt teren sau construcție  Niciunul

Completați mai jos pentru fiecare articol

	Articol #1	Articol #2
a. Adresa:		
b. Uzul proprietății:		
c. Plăți lunare:	\$	\$
d. Taxe pe proprietate:	\$	\$
e. Asigurare incendiu pe structură:	\$	\$
f. Valoarea de capital	\$	\$

Eu sau alți aplicanți rentăm sau plătim împreună pentru locuință.

Da  Nu

Dacă „da”, plata lunară \$ Plătit la

Eu sau alți aplicanți primim ajutor pentru locuință și plățile de utilități.

Da  Nu

Persoana care plătește	Articol	Cât de des	Suma
			\$
			\$

Eu sau alți aplicanți avem asigurare medicală.

Da  Nu

**Dacă da**, selectați tipul și completați mai jos:

Acoperire individuală  Beneficii de guvern  Cereri despăgubiri speciale

Compania	Număr poliță	Suma primei
		\$
		\$

Eu sau alți aplicanți avem cerere de despăgubire de la asigurare pentru accident.

Da  Nu

**Dacă da**, listați persoana (persoanele) și data accidentului.

**Dacă da**, vă rugăm să completați formularul corespunzător DHS 0451.

Eu sau alți aplicanți avem asigurare pe viață sau înmormântare.

Da  Nu

**Dacă da**, completați mai jos.

Compania	Nr. poliță	Valoare nominală	Suma de bani	Persoana asigurată
		\$	\$	
		\$	\$	

Eu sau alți aplicanți avem facturi medicale neplătite pentru îngrijire medicală primită în ultimele 90 de zile.

Da  Nu

Eu sau alți aplicanți avem plan funerar plătit în prealabil sau trust de înmormântare care include asigurare pe viață sau bani lăsați cu alții să acopere cheltuielile funerare.

Da  Nu

Nume Companie Suma \$

---

Adresa

---

**Aveți unul din următoarele:**

- persoană de contact în caz de urgență  
 un gardian  
 un reprezentant autorizat

- Persoană împuternicită legal  
 un custode

Nume

Telefon

---

*Cu toate că nu vi se cere să furnizați aceste informații, cooperarea d-voastră va ajuta să se determine conformitatea cu Legea Federală Civilă. Aceste informații NU VOR fi folosite când considerăm aplicația d-voastră. Puteți să refuzați să furnizați aceste informații; aceasta în nici un mod nu va afecta considerarea aplicației d-voastră. Noi suntem autorizați să cerem aceste informații sub Titlul VI al Actului de Drepturi Civile din 1964.*

Pentru *etnicitate* (alegeți una):  Hispanic sau Latino  Ne Hispanic sau Latino

Pentru *patrimoniu rasial* (alegeți una sau mai multe):  Negru sau African American  Asiatic  Alb

Indian American sau Nativ din Alaska  Nativ Hawaiian sau Alt Islander Pacific

---

*Informațiile ce le furnizați pe acest formular sunt subiect la verificare și revizuire de către oficialitățile federale, statale și locale și prin sistemul de venit de stat și de verificare a eligibilității. Aceste informații pot de asemenea fi trimise pentru verificare la Serviciile de Emigrare și Cetățenie a Statelor Unite.*

---

**„Alocarea plăților.”** Pentru a vă califica la asistență publică, trebuie să lăsați Departamentul de Servicii Umane să aibă orice bani primiți, sau aveți dreptul să primiți din: 1) asigurare medicală privată, și 2) alte persoane sau alte surse care sunt, sau pot fi, responsabili să acopere costuri plătite de către Departamentul de Servicii Umane în legătură cu o vătămare.

Prin semnarea acestui formular, sunteți de acord să „alocați” Departamentului de Servicii Umane toate drepturile la aceste plăți pentru oricine care este acoperit de asistența d-voastră publică. Aceasta înseamnă d-voastră și alți membri din familie

Prin semnarea acestui formular, sunteți de acord să ajutați Departamentul de Servicii Umane să găsească și să obțină aceste plăți. Există o limită la cât de mult Departamentul de Servicii Umane poate lua în plăți. Nu poate lua mai mult decât suma ce a plătit-o ca ajutor pentru d-voastră și familia d-voastră.

De asemenea sunteți de acord ca furnizorii medicali, spitalele, patronii și agențiile de guvern să poată elibera recorduri medicale la companiile de asigurare. Aceasta acoperă recorduri despre d-voastră și alți membri din familie pe ajutor medical. Aceasta se va face numai cu scopul de a primi plățile.

---

**Dacă aveți altă asigurare.** Dacă d-voastră sau un membru al familiei are altă asigurare medicală, spuneți furnizorului (medic, clinică sau spital) înainte să primiți îngrijirea. Ei trebuie să trimită factura la cealaltă companie de asigurare înainte să trimită la Departamentul de Servicii Umane.

Dacă aveți copii și celălalt părinte nu locuiește cu d-voastră, se poate să trebuiască să lucrați cu Programul de stat de Ajutorare a Copilului pentru a primi acoperire de îngrijirea sănătății și bani de ajutor medical pentru copiii d-voastră. *Nu trebuie să lucrați cu ajutorarea copilului dacă credeți că ar însemna pericol pentru d-voastră sau copiii d-voastră.*

Dacă Departamentul de Servicii Umane plătește o factură medicală care ar fi trebuit să fie plătită de asigurare, aceștia vor lua acțiune pentru a-și obține banii înapoi. De exemplu:

- Dacă Departamentul de Servicii Umane plătește o factură pe care ar fi trebuit să o plătească asigurarea privată, Departamentul va încerca să primească banii înapoi de la compania de asigurare.
  - Dacă Departamentul de Servicii Umane plătește o factură și furnizorul de asemenea este plătit de către o companie de asigurare, Departamentul va încerca să își obțină banii înapoi de la furnizor.
  - Dacă Departamentul de Servicii Umane plătește o factură sau un serviciu medical și compania de asigurare vă trimite un cec pentru aceasta, Departamentul va încerca să își obțină banii înapoi de la d-voastră.
- 

### **Cui i se cere să furnizeze un Număr de Securitate Socială (SSN)**

Legea Federală cere ca oricine aplică pentru beneficii medicale să dea Departamentului de Servicii Umane SSN-ul lor.

Această cerință nu e valabilă pentru oricine care aplică doar pentru beneficii medicale de urgență prin programul Medical de Urgență Scutit pentru Cetățeni/străini, oricine aplică pentru Proiectul Oregon de Independență, sau oricine care **nu** aplică pentru beneficii.

### **Cum DHS folosește și dezvăluie Numerele de Securitate Socială**

Departamentul va folosi SSN-ul d-voastră pentru:

- A ajuta să se decidă dacă vă calificați pentru beneficii.
- A vă verifica venitul, alte bunuri; și pentru a compara cu alte recorduri de stat și federale, cum ar fi IRS, Medicaid, ajutorarea copilului, beneficii de Securitate Socială și de Șomaj.
- A pregăti informații grupate sau rapoarte cerute de către sursele ce sponsorează programul pentru care aplic din care să primesc beneficii.

### **DHS poate folosi și dezvălui SSN-ul d-voastră:**

- Dacă este necesar pentru a opera programul pentru care aplicați sau din care primiți beneficii.
- Pentru a conduce evaluări de calitate și activități de îmbunătățire.
- Pentru a verifica suma corectă de plăți și a recupera beneficiile plătite în plus.
- Pentru a se asigura că nimeni nu primește beneficii în mai mult de o singură casă (familie).

Legile federale 42 USC 1320b-7(a) și (b), 7 USC 2011-1036,  
42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 și 42 CFR 457.340(b)

DHS regula OAR 461-120-0210

---

### **Schimbare de Informații Specifice Protejate de Sănătate cu Scopuri de Tratament**

Legea Oregonului (ORS 192.518 la 192.526) permite DHS-ului și Planurilor de Îngrijire Administrată să împărtășească următoarele informații protejate de sănătate, fără autorizația d-voastră, cu un Plan de Îngrijire Administrată cu scopul activităților de tratament când Planul de Îngrijire Administrat vă furnizează servicii de sănătate mintală sau fizică:

- Numele d-voastră și numărul Medicaid al recipientului
- Numele furnizorului de la spital sau a medicului principal
- Numărul Medicaid al furnizorului d-voastră curent
- Diagnoza d-voastră
- Următoarele informații despre serviciile furnizate d-voastră:
  - Datele serviciilor
  - Cantitatea de unități de serviciu furnizate
  - Precedura și codurile de venituri
  - Informații despre prescrierea și monitorizarea de medicamente

---

**Declarație de Revendicare a Proprietății.** Prin semnarea acestui formular, d-voastră înțelegeți că Departamentul de Servicii Umane poate lua bani din proprietatea d-voastră (după cum e subliniat în ORS 414.105). Suma care poate fi luată este în mod general egală cu suma beneficiilor medicale (inclusiv îngrijire de lungă durată) pe care ați primit-o după ce ați împlinit vârsta de 55 de ani. Aceasta include plățile pe cap de om făcute pentru d-voastră prin Planul de Sănătate Oregon la un furnizor de îngrijire administrată, fără să se țină seama de cantitatea de îngrijire medicală furnizată actualmente. Dacă sunteți instituționalizat în mod permanent (după cum e definit în OAR 461-135-0832) la timpul decedării d-voastră, beneficiile medicale care au fost plătite înainte de vârsta de 55 de ani pot fi recuperate. Recuperarea poate apărea cu ceva beneficii financiare primite la orice vârstă, incluzând plăți făcute pentru beneficii de medicamente prescrise cerute sub acoperirea Medicare Partea D. Bani pot fi luați din proprietatea mea la timpul decedării mele. Dacă am o soție sau soț care mă supraviețuiește, revendicarea va fi amânată până la moartea ei sau a lui. Dacă există copii sub vârsta de 21 de ani care mă supraviețuiesc, sau dacă există copii care sunt orbi sau handicapați, nu va exista revendicare pe proprietate (ORS 115.124).

**Drepturi și Responsabilități.** Am citit și înțeleg drepturile și responsabilitățile mele după cum mi-au fost explicate mai sus, și am o copie de la SDS 0539R sau DHS 0415R.

---

---

*Declar că informațiile furnizate de mine în această aplicație sunt adevărate, corecte și complete după cea mai bună cunoștință a mea și crez. Înțeleg că dacă fac declarații false sau ascund informații mă poate face subiect la pedepsele prevăzute în legea de stat și federală.*

---

---

---

Semnătura Completă Legală a Capului de Familie

Data

---

Semnătura Soției

Data