

Сообщите нам, если вам необходим:

- устный переводчик Язык, на котором вы говорите:
- сурдопереводчик
- материалы переведенные на (укажите язык):
- Материалы: Шрифтом Брайля Крупным шрифтом На аудио кассете
 На компьютерном диске В виде устной презентации

Aging and
People with
Disabilities

SDS 539C

Client: _____

Имя: _____ № социального обеспечения: _____

Дата рождения: _____ Мужской Женский

Имя супруга/супруги: _____ № социального обеспечения: _____

Date sent: _____

Домашний адрес: _____ Телефон: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс : _____

Почтовый адрес (если отличается): _____

Case number: _____

Пожалуйста, перечислите иждивенцев на отдельном листе бумаги.

Если вы не зарегистрированы для голосования по вашему настоящему месту жительства, хотели бы вы подать заявление на регистрацию для голосования сегодня? Да Нет. Подача заявления на регистрацию для голосования или отказ от этого не повлияет на размер вашего пособия от этого агентства.
 Являетесь ли вы или другой член вашей семьи ветераном? Да Нет

Prime number: _____

Date of birth: _____

Перечислите источники вашего дохода:

Пособие социального обеспечения: _____ \$ _____	Пособия для ветеранов: _____ \$ _____
Пенсионные выплаты: _____ \$ _____	Доход с работы: _____ \$ _____
Другое: _____ \$ _____	Другое: _____ \$ _____

Program: _____

Branch code: _____

Перечислите источники дохода вашего супруга/вашей супруги:

Пособие социального обеспечения: _____ \$ _____	Пособия для ветеранов: _____ \$ _____
Пенсионные выплаты: _____ \$ _____	Доход с работы: _____ \$ _____
Другое: _____ \$ _____	Другое: _____ \$ _____

Worker: _____

Worker phone: _____

Я или другие заявители владеем полностью или имеем долю в следующих накоплениях:

Чековый счет(-а): _____	\$ _____
Сберегательный счет(-а): _____	\$ _____
Имущество, доверительный счет, пенсионные накопления, временные сертификаты: _____	\$ _____
Другое: _____	\$ _____

В течение последних 60 месяцев я или другие заявители продали, обменяли, отдали в безвозмездное пользование личное имущество, наличные средства, недвижимость (земельные участки, здания или интерес пожизненного владения имуществом), или выручку от собственного капитала дома при ипотеке. Да Нет

Если да, заполните приведенную ниже таблицу.

Описание имущества	Дата передачи	Стоимость в момент передачи	Полученная сумма	Сумма задолженности перед вами	Сумма, получаемая ежемесячно
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Департамент социального обслуживания (Department of Human Services - DHS) и управление здравоохранения штата Орегон (Oregon Health Authority - ОНА) никого не дискриминируют. Это означает, что DHS/ОНА оказывают помощь каждому лицу, имеющему на это право. DHS/ОНА не отказывают в помощи, основываясь на возрасте, расовой принадлежности, цвете кожи, национальности, поле, сексуальной ориентации, вероисповедании, политических убеждениях или инвалидности. Если вы считаете, что подверглись дискриминации со стороны DHS/ОНА по любому из этих признаков, вы можете подать жалобу.

Я или другие заявители владеем или приобретаем следующие вещи: автомобиль, грузовик, мотоцикл, лодку, автодом, азросани, прицеп, инструменты для работы, фермерское или бизнес оборудование, скот, лесоматериалы, другое. Да Нет

За что	Производитель, модель, год выпуска или другое описание.	Стоимость	Сумма задолженности по кредиту
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____

Я или другие заявители владеем, приобретаем или имеем долю в следующих видах имущества:

Дом Автодом Другой земельный участок или здание Ни в одном из указанных видов

Заполните ниже для каждого наименования	Наименование 1	Наименование 2
a. Адрес:	_____	_____
b. Использование имущества:	_____	_____
c. Ежемесячные платежи:	\$ _____	\$ _____
d. Налоги на недвижимое имущество:	\$ _____	\$ _____
e. Страхование от пожара:	\$ _____	\$ _____
f. Сумма собственного капитала дома (разница между рыночной стоимостью дома и суммой задолженности перед банком):	\$ _____	\$ _____

Я или другие заявители снимаем в аренду или оплачиваем часть аренды за жилье. Да Нет

Если да, размер ежемесячного платежа: \$ _____ Получатель выплат: _____

Я или другие заявители получаем помощь для оплаты жилья или коммунальных услуг. Да Нет

Лицо, которое платит	За что	Как часто	Сумма
			\$ _____
			\$ _____

Я или другие заявители имеем медицинскую страховку. Да Нет

Если да, выберите тип и заполните ниже:

Индивидуальное страхование Государственные льготы Особые требования

Компания	Номер полиса	Размер премиальных
		\$ _____
		\$ _____

Я или другие заявители требуем получения страхования при травме? Да Нет

Если да, укажите лицо(лиц) и дату получения травмы.

Если да, пожалуйста, заполните соответствующую форму MSC 0451.

Я или другие заявители имеем страховку на жизнь или погребение. Да Нет

Если да, заполните таблицу ниже.

Компания	Номер полиса	Номин. стоимость:	Сумма наличных выплат:	Застрахованное лицо
		\$ _____	\$ _____	
		\$ _____	\$ _____	

У меня или других заявителей имеются неоплаченные медицинские счета за услуги, предоставленные в последние 90 дней. Да Нет

Я или другие заявители имеем похоронный план на основе предоплаты или трастовый счет на погребение, включая страховку жизни или деньги у других лиц, оставленные на оплату похоронных расходов. Да Нет

Название компании: _____ Сумма: \$ _____

Адрес: _____

Есть ли у вас:

Лицо для контакта в экстренной ситуации Доверенность Опекун
 Уполномоченный представитель Хранитель

Имя: _____ Телефон: _____

Вам не обязательно предоставлять информацию о расово-этнической принадлежности. Эта информация помогает нам выполнять положения федерального закона о гражданских правах. Эта информация НЕ БУДЕТ использована при рассмотрении вашего заявления. Вы можете отказаться от предоставления данной информации. Это не повлияет на рассмотрение вашего заявления. В соответствии с разделом VI Акта о гражданских правах 1964 года мы можем спросить у вас о вашем происхождении.

Этническая принадлежность (выберите одно): Испанец или латиноамериканец
 Не испанец или не латиноамериканец

Расовая принадлежность (выберите одно или несколько): Белый Черный или
Афроамериканец Азиат Американский индеец или коренной житель Аляски
 Коренной житель Гавайев или других Тихоокеанских островов

Вся информация, предоставленная в данной форме, будет подтверждаться и рассматриваться федеральными, штатными и местными официальными органами в системе дохода и права на государственную помощь штата. Информация, которую вы предоставили, также может быть передано службе гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Services) для получения подтверждения.

«Переуступка платежей»

Чтобы иметь право на государственную помощь, вы или любое другое лицо, получающее гос. помощь, должны передать в ОНА или DHS любые деньги или право на получение любых денег от:

- Частного медицинского страхования;
- Других людей или других источников, которые должны или могут быть должны оплатить расходы, выплаченные ОНА или DHS в связи с нанесенной травмой. Если вы или получатель помощи имеете претензию к кому-либо за нанесение травмы (например, в результате автомобильной аварии), см. стр. 14. “Штат имеет право преимущественного требования по любым искам, связанные с травмами”.

Подписав данную форму, вы выражаете свое согласие «переуступить» ОНА и DHS все права на получение данных выплат для всех лиц, на которых распространяется государственная помощь. То есть на вас и всех членов вашей семьи (включая еще не рожденных детей).

Подписав данную форму, вы соглашаетесь оказывать DHS и ОНА содействие в нахождении и получении этих платежей. Существует ограничение в размере платежей, получаемых DHS и ОНА. Они не имеют права взять больше, чем сумма, выплаченная ими в качестве пособий для вас и вашей семьи.

Вы также выражаете свое согласие с тем, чтобы медицинские учреждения, больницы, работодатели и правительственные службы раскрывали медицинские записи страховым компаниям. Сюда включается информация о вас и о других членах вашей семьи, которые получают медицинское пособие. Это будет делаться только с целью получения платежа.

Если у вас есть другая страховка. Если у вас или других членов вашей семьи есть другая медицинская страховка, сообщите вашему врачу, персоналу клиники или больницы до получения услуг. Они должны будут выставить счет этой страховой компании первой, прежде чем выставить счет Oregon Health Authority (ОНА).

Если у вас есть дети, а второй родитель не проживает совместно с вами, возможно вам нужно будет сотрудничать с отделом по взысканию алиментов на детей штата для получения медицинской страховки и денежной помощи для оплаты медицинских расходов ребенка. *Вы не должны сотрудничать с программой по взысканию алиментов, если это может угрожать вам или вашим детям.*

Если ОНА оплатит счет, который должен быть оплачен другой страховой компанией, DHS или ОНА предпримет действия по возврату средств. Например:

- Если ОНА оплатит медицинский счет, который должна была оплатить другая страховая
-

- компания, DHS|ОНА предпримут попытки возврата денег от страховой компании.
- Если ОНА и другая страховая компания оплачивают счет за медицинские услуги одновременно, DHS|ОНА попытается вернуть обратно денежные средства, выплаченные доктору.
 - Если ОНА оплатит счет за медицинские обслуживание, а страховая компания вышлет вам чек за них, DHS|ОНА попытается взыскать с вас эти деньги.
-

Зачем нам нужен ваш номер социального обеспечения (Social Security numbers - SSN)

Номер SSN – федеральные законы (42 USC 1320b-7(a) и (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 и 42 CFR 457.340(b)) и правило DHS (OAR 461-120-0210) обязывает любое лицо, подающее заявление на денежное, продовольственное или медицинское пособие, предоставить в DHS или ОНА их номер SSN. Данное требование не распространяется на тех, кто подает заявление на медицинское пособие экстренного обслуживания через медицинскую программу для неотложной медицинской помощи для граждан и иностранцев (Citizen/Alien Waived Emergent Medical) или на лиц, которые не подают заявления на пособия.

- a. DHS и ОНА будут использовать ваш SSN, чтобы определить, имеете ли вы право на пособия. Ваш SSN будет использован только для проверки вашего дохода, имущества, а также для синхронизации данных, хранящихся в других штатах и федеральных архивах, в таких службах, как IRS, Medicaid, программе по взысканию алиментов на детей, администрации соцобеспечения и пособий по безработице.
 - b. DHS и ОНА могут использовать ваш SSN для подготовки досье или отчетов, запрошенных источниками финансирования программы, в которой вы уже получаете пособие или только подаете заявление на получение пособий.
 - c. DHS и ОНА могут использовать или передавать ваш SSN:
 - При необходимости взаимодействия с программой, в которую вы подаете заявление или в которой вы получаете пособия.
 - С целью проведения проверок и улучшения качества работы.
 - Для проверки правильной суммы пособий и возврата возникшей переплаты пособий.
 - Чтобы убедиться в том, что никто не получает пособия в нескольких семьях одновременно.
-

Обмен особо защищенной медицинской информацией для проведения лечения

Законы Орегона (ORS 192.518 по 192.526) позволяют DHS|ОНА и планам управляемого медицинского обеспечения без вашего разрешения делиться следующей защищенной информацией о вашем здоровье с другими планами управляемого медицинского обеспечения в целях лечения, когда план предоставляет вам услуги лечения психического или физического состояния:

- Ваше имя и номер получателя Medicaid;
 - Имя вашего врача в больнице или посещающего терапевта;
 - Номер Medicaid для вашего доктора;
 - Ваши диагнозы;
 - Следующая информация о предоставленных вам услугах:
 - Даты обслуживания
 - Количество единиц предоставленных услуг
 - Кодировка процедур и доходов
 - Информация о лекарственных препаратах и контроль
-

Штат имеет право преимущественного требования по любым искам, связанным с травмами, подаваемые вами или другими получателями помощи.

Вы или другие получатели помощи обязаны в течение 10 дней уведомлять вашего социального работника о любых исках, которые вы можете подавать против других лиц, нанесших вам или другому получателю помощи травму. Органы штата могут предъявить преимущественные требования по таким искам.

Право штата на возмещение размера пособий из вашего наследства.

DHS или ОНА могут претендовать на деньги из вашего наследства (как указано в ORS 416.350) после вашей смерти, если:

- Вы имели медицинское пособие от штата после достижения вами 55-летнего возраста (сюда включены платежи от «Oregon Health Plan» в пользу вашего плана управляемого медицинского обеспечения или платежи организации координированного ухода);
- Вы получали пособие общей помощи в любом возрасте; или
- Вы получали медицинское пособие штата в течение вашей жизни и во время смерти вы находились в психиатрической клинике (как указано в OAR 461-135-0832) по крайней мере, 6 месяцев.

Подобные иски призваны компенсировать средства, потраченные штатом на ваши медицинские пособия и обслуживание, а также пособия общей помощи. DHS или ОНА не смогут подать иск на более крупную сумму, по сравнению с той, что была выплачена в качестве помощи вам и членам вашей семьи.

DHS или ОНА не могут требовать получения средств из вашего наследственного имущества при жизни следующих членов вашей семьи:

- Вашей супруги (супруга);
- Любого из ваших родных или усыновленных детей, не достигших 21 года (за исключением пасынков/падчериц); или
- Любого из ваших родных или усыновленных детей любого возраста, которые являются незрячими или инвалидами (согласно критериям Службы социального обеспечения).

DHS или ОНА не могут требовать получения средств из наследственного имущества любого другого получателя пособий при жизни любого из перечисленных ниже членов семьи такого получателя пособий:

- Супруг(-а) получателя пособий;
- Любой родной или усыновленный ребенок получателя пособий, если ребенку еще не исполнился 21 год (это не относится к пасынкам/падчерицам); или
- Любого родного или усыновленного ребенка получателя пособий, если ребенок является незрячим или инвалидом (согласно критериям Службы социального обеспечения).

Если вы или получатель помощи умрете до своей супруги (своего супруга), DHS и ОНА не будут требовать имущество до смерти вашей супруги (вашего супруга). Более подробную информацию см. на бланке DHS 9093. Обратите внимание, что законы и правила, регулирующие компенсацию пособий из наследственного имущества, могут изменяться без уведомления.

Права и обязанности. Я прочел/прочла и понял/поняла мои права и обязанности, разъясненные выше, и получил копию форм SDS 0539R или MSC 0415R.

Я заявляю, что вся информация, предоставленная мной в данном заявлении, является правильной, достоверной и полной, насколько мне известно. Я понимаю, что предоставление ложной информации или сокрытие информации может быть наказуемо штатным и федеральным законодательством.

Полная подпись главы семьи

Дата:

Подпись супруга/супруги

Дата: