

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКИ ПО ПРОГРАММЕ MEDICARE PREMIUM ASSISTANCE

Пожалуйста, перед тем как заполнить заявление, прочитайте представленную ниже информацию. Вы должны ответить на все вопросы, чтобы мы могли знать, можем ли мы Вам помочь. Если Вам требуется помощь в заполнении какой-либо части данной формы, обратитесь в Ваше местное представительство Medicaid.

Заявитель					
Фамилия		Имя		Инициал отчества	
Адрес места фактического проживания		Город	Штат	Индекс	
Почтовый адрес (если отличается)		Город	Штат	Индекс	
Номера телефонов: домашний: мобильный: другие:		Переводческие услуги: Испытываете ли Вы трудности, когда говорите, читаете или пишете по-английски? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>			
Семейное положение: Холост/не замужем <input type="checkbox"/> Женат/замужем <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова <input type="checkbox"/> Разведен (а) <input type="checkbox"/>		Если необходимо, мы предоставим Вам переводчика. Укажите язык, на котором Вы говорите.			
Представитель/Спонсор					
Фамилия		Имя		Инициал отчества	
Адрес места фактического проживания		Город	Штат	Индекс	
Почтовый адрес (если отличается)		Город	Штат	Индекс	
Кем приходится заявителю:		Номера телефонов: домашний: мобильный: другие:			
Члены семьи					
Список членов семьи. Укажите имена согласно документам (как они указаны на карточке Medicare или в свидетельстве о рождении).					
Имя, фамилия, инициал отчества	Кем приходится Вам	Дата рождения	Подаете заявление на страховые льготы?	Номер социального обеспечения	Пол М или Ж
	Сам (а)		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		
	Супруг (а)		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		
	Другое (укажите)		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- RUSSIAN

Активы

Для каждого лица, которое Вы включили в заявление и которое имеет активы, укажите активы из приведенных ниже примеров. Укажите тип актива, кто владеет активом и является ли владение индивидуальным или совместным. Активы включают, помимо прочего, следующее.

- Наличные средства
- Чеки
- Сбережения
- Депозитные счета денежного рынка
- Взаимные фонды
- Сберегательные облигации
- Акции
- Депозитный сертификат (Certificates of Deposit, CD)
- Индивидуальный пенсионный счет (Individual Retirement Account, IRA)
- Недвижимость (кроме основного места проживания)

Тип актива	Имя владельца (ев)	Владение	Текущая стоимость
		Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>	\$

Владеете ли Вы или Ваш (а) супруг (а) какими-либо транспортными средствами (легковой автомобиль, грузовик, лодка, жилой автофургон, мотоцикл, автофургон и/или трейлер)? Если да, пожалуйста, укажите ниже следующую информацию.

Имя владельца (ев)	Владение	Тип транспортного средства	Год выпуска	Модель	Стоимость	Непогашенная сумма
	Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Индивидуальное <input type="checkbox"/> Совместное <input type="checkbox"/>				\$	\$

Имеете ли Вы или Ваш (а) супруг (а) полис пожизненного страхования со стоимостью наличными? Если да, пожалуйста, укажите ниже следующую информацию.

Владелец полиса	Название страховой компании/номер полиса	Застрахованные физические лица	Номинальная стоимость	Стоимость наличными
			\$	\$
			\$	\$

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- RUSSIAN

Прочитайте внимательно, перед тем как подписать

Мне понятны следующие утверждения.

- Я должен (на) незамедлительно сообщать в офис Medicaid в письменной форме или по телефону о любых изменениях в моей ситуации. Опоздание с предоставлением такой информации может привести к неправильным страховым выплатам.
- Предоставляемая мной информация подлежит проверке сотрудниками Medicaid или другими федеральными службами или службами штата.
- Я должен (на) предоставить доказательство своей правомочности на получение помощи. В офисе Medicaid мне могут помочь найти такое доказательство или обратиться с этой целью к другим лицам или организациям.
- Получая или претендуя на льготы медицинского страхования, я передаю штату все права на любое медицинское обслуживание и отчисление платежей любым третьим сторонам за медицинское обслуживание.

Заверение и подписи

Я прочитал (а) и понял (а) информацию, изложенную в данном заявлении. Я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация в данном заявлении изложена мною верно, правильно и полно, насколько мне известно.

Подпись заявителя		Дата
Подпись супруга (и) (если применимо)		Дата
Подпись лица, помогающего заявителю	Организация	Дата