Washington State Health Care Authority

Заявление в программу “Take Charge” для получения услуг по планированию семьи

Отправьте заполненное заявление факсом по номеру 1-866-841-2267

НАЗВАНИЕ КЛИНИКИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА КЛИНИКИ

1. ИМЯ	ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ	ФАМИЛИЯ

2. АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА	УЛИЦА	КВ. #	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

3. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если отличается от вышеуказанного):	УЛИЦА	КВ. #	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

4. ДОМАШНИЙ, МОБИЛЬНЫЙ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН	РАБОЧИЙ/ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ

5. Вам трудно говорить, читать или писать по-английски?	Вам нужен переводчик?	На каком языке вы говорите?
❑ Да ❑ Нет	❑ Да ❑ Нет	

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

ПОЛ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	Собираетесь ли вы пользоваться средствами предохранения от беременности для предотвращения нежелательной беременности?
❑ Мужской ❑ Женский		❑ Да ❑ Нет **Если нет, то вы не имеете права на участие в программе.**
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	Вы гражданин или уроженец территории США? ❑ Да ❑ Нет	Если вы не являетесь гражданином или уроженцем территории США и находитесь в стране легально, то предоставьте копию ваших иммиграционных документов.

6. Чтобы определить, соответствуете ли вы требованиям этой программы, нам нужно знать число членов вашей семьи (муж/жена и/или дети в возрасте 18 лет и младше, состоящие на иждивении и проживающие с вами). Сколько человек в вашей семье, включая вас? _____

7. Если вы состоите в браке и живете со своим мужем/женой, то укажите полное имя и номер социального обеспечения (SSN) вашего(ей) супруга(и).

(Имя, второе имя, фамилия):_____ SSN:_____

ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ

8. У вас есть частная медицинская страховка? ❑ Да ❑ Нет **Если да, то предоставьте следующую информацию:**

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	
АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	
ИМЯ ВЛАДЕЛЬЦА ПОЛИСА	
СТРАХОВОЙ НОМЕР ВЛАДЕЛЬЦА ПОЛИСА ИЛИ НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА	

Я понимаю, что программа Медикэйда TAKE CHARGE всегда является последним плательщиком. Я понимаю, что сначала счет за услуги, полученные мною по программе TAKE CHARGE, пошлют в мою страховую компанию, за исключением следующих случаев:

❑ Мне 18 лет или меньше и мои родители **не** знают, что я обратился(ась) за услугами по планированию семьи. Я хочу, чтобы полученное мною обслуживание оставалось конфиденциальным.

ИЛИ

❑ Я являюсь жертвой бытового насилия, и на меня распространяется план медицинского страхования правонарушителя.

РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

9. Мы просим вас добровольно сообщить нам вашу расу или этническое происхождение. Эту информацию не будут принимать во внимание при рассмотрении вашего право на обслуживание.

❑ Белый ❑ Черный или афро-американец ❑ Вьетнамец/лаосец/камбоджиец ❑ Житель других стран Азии или островов Тихого океана

❑ Латиноамериканец ❑ Американский индеец или коренной житель Аляски; название племени:_____

❑ Другое:_____

ПОЛНОМОЧНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО) (AREP)

(AREP – это лицо, с которым вы разрешаете департаменту обсуждать ваши льготы и/или получать вашу корреспонденцию, касающуюся программы Take Charge.) Чтобы назначить AREP, заполните нижеприведенную информацию.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ / ОРГАНИЗАЦИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

❑ Направляйте корреспонденцию, касающуюся TAKE CHARGE, по **моему** адресу	❑ Направляйте корреспонденцию, касающуюся TAKE CHARGE, по адресу этого AREP

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

ДОХОД

Вы уволились или потеряли работу в течение последних 90 дней? ❑ Да ❑ Нет Если “да”, то дата последнего рабочего дня_____	**Ваш(а) супруг(а)** уволился(лась) или потерял(а) работу в течение последних 90 дней? ❑ Да ❑ Нет Если “да”, то дата последнего рабочего дня_____

ВАШ ДОХОД ОТ РАБОТЫ ПО НАЙМУ / ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ		ДОХОД ВАШЕГО СУПРУГА(И) ОТ РАБОТЫ ПО НАЙМУ / ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
ТЕКУЩИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ТЕКУЩИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ВАШ **ОБЩИЙ** МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ И РАСХОДОВ		ОБЩИЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ВАШЕГО СУПРУГА(И) ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ И РАСХОДОВ	
ТЕКУЩИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ТЕКУЩИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ВАШ ОБЩИЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ И РАСХОДОВ		ОБЩИЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ВАШЕГО СУПРУГА(И) ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ И РАСХОДОВ	

Если у вас или вашего(ей) супруга(и) в настоящее время есть более двух работников, пожалуйста, приложите дополнительную информацию на отдельном листе бумаги.

ДРУГОЙ ДОХОД	СУММА	КАК ЧАСТО ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ЭТОТ ДОХОД?	КТО ИЗ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД?
10. Помощь от родителей, других родственников, стипендии или займы			
11. Алименты на детей или содержание бывшего супруга			
12. Пособие по социальному обеспечению			
13. Услуги по безработице			
14. Услуги для ветеранов/выплаты для военнослужащих			
15. Компенсация от департамента труда и промышленности			
16. Доход от инвестиций			
17. Любые другие источники дохода или финансовой поддержки			

РАСХОДЫ

18. Платите ли вы за услуги по уходу за детьми или находящимися на иждивении взрослыми, пока вы на работе?
❑ Да ❑ Нет Если “да”, укажите сумму в месяц:_____

19. Платите ли вы алименты на ребенка, который не живет с вами? ❑ Да ❑ Нет Если “да”, укажите сумму в месяц:_____

Внимательно прочтите перед тем, как подписывать

Я понимаю что:

- HCA может попросить меня предоставить подтверждение предоставленной мною информации. HCA может посодействовать мне в получении подтверждения или обратиться за этим в другие агентства или к другим людям.
- Информация обо мне может быть проверена другими штатными или федеральными агентствами. Эта информация НЕ будет сообщена в Службу иммиграции и натурализации США (USCIS).
- Подавая запрос и получая льготы на медицинское обслуживание, я предоставляю штату Вашингтон все права на любую финансовую помощь для оплаты медицинского обслуживания и на оплату медицинской помощи какой-либо третьей стороной.
- Я понимаю, что это заявление предназначено для получения услуг по программе планирования семьи и только с целью предотвращения беременности. Если мне понадобится другое медицинское обслуживание, финансовая помощь или продуктовые талоны, то я должен(на) подать заявление в Офис социального обслуживания DSHS.

ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ

Я прочитал(а) и понял(а) информацию в этом заявлении. Я заявляю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, все сведения, приведенные мной в данном заявлении, являются правдивыми, точными и полными.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА