

# Инструкции по подаче заявления на участие в программе Medicare Savings Program (MSP)

Используйте это заявление, чтобы узнать, имеете ли вы или вы и ваш супруг/супруга право на то, чтобы штат оплачивал ваши страховые взносы и/или долю в распределении затрат по программе Medicare. Данное заявление НЕ является заявлением на получение других льгот, таких как долгосрочные услуги и поддержка. Если вы хотите подать заявление на покрытие других услуг по программе Medicaid или вам нужна помощь в заполнении какой-либо части этой формы, обратитесь в местный офис программы Medicaid — [www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](http://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)

Существует три типа программ Medicare Savings Program (MSP):

**Соответствующий требованиям получатель льгот по программе Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** штат оплачивает ваши страховые взносы по Части А и/или Части В программы Medicare и долю в распределении затрат (франшизы, совместное страхование и доплаты). Если вы соответствуете требованиям программы QMB, вы автоматически получаете право на участие в программе Extra Help для оплаты расходов на лекарственное покрытие по Части D программы Medicare.

**Определенные получатели льгот по программе Medicare с низким уровнем дохода (Specified Low-Income Beneficiary, SLMB):** штат оплачивает ваши страховые взносы по Части В программы Medicare, и вы автоматически получаете право на участие в программе Extra Help для оплаты расходов на лекарственное обеспечение по Части D программы Medicare.

**Соответствующее требованиям физическое лицо (Qualifying Individual, QI):** штат оплачивает ваши страховые взносы по Части В программы Medicare, и вы автоматически получаете право на участие в программе Extra Help для оплаты расходов на лекарственное обеспечение по Части D программы Medicare.

Решение о том, соответствуете ли вы требованиям (и соответствует ли им ваш супруг(-а), если ваш супруг(-а) тоже подает заявление), принимает штат. Если ваша кандидатура будет одобрена на участие в программе MSP, ваши страховые взносы по Части В больше не будут вычитаться из ваших пенсионных пособий по социальному обеспечению, пенсионных пособий для работников железнодорожного транспорта или гражданских служащих, и вы автоматически будете зарегистрированы в программе Extra Help для оплаты страховых взносов по Части D программы Medicare и доли в распределении затрат на покрываемые рецептурные препараты. Обратитесь в офис программы Medicaid, если вы не зарегистрированы в программе Extra Help.

Возмещение за счет имущества не распространяется на помощь, которую вы получаете для оплаты страховых взносов или доли распределения затрат по программе Medicare. Это означает, что вам НЕ потребуется возвращать средства, полученные в рамках программы Medicare Savings Program.

## Документы, необходимые для подачи заявления

Для подтверждения некоторых сведений вам может потребоваться предоставить копии документов, в том числе:

- Подтверждение дохода (например, пенсионное пособие или пособие по нетрудоспособности или справка о заработной плате)
- Подтверждение наличия активов (например, выписки с банковского счета или полисы страхования жизни)
- Подтверждение участия в программе Medicare

- Для иностранных граждан — подтверждение соответствующего требованиям иммиграционного статуса [например, грин-карта, паспорт или другие документы из Министерства национальной безопасности (Department of Homeland Security)]
- Подтверждение места вашего проживания (например, квитанция об оплате аренды, счет за коммунальные услуги или удостоверение личности, выданное штатом)

Если вам требуется больше места для записей, приложите дополнительные страницы.

## **Способы подачи заявления**

- Заполните заявление онлайн на сайте \_\_\_\_\_
- Отправьте это заявление на бумажном носителе по почте на адрес \_\_\_\_\_
- Отправьте это заявление по факсу на номер \_\_\_\_\_
- Посетите офис [state agency] по адресу \_\_\_\_\_
- Позвоните в [state agency] для получения помощи по телефону \_\_\_\_\_

Сохраните копию заявления для себя.

## **Что будет дальше?**

Ваше агентство по программе Medicaid рассмотрит ваше заявление. Вы должны получить ответ относительно вашего права на участие в программе в течение 45 дней. Если вы не получите ответ в течение 45 дней, свяжитесь с агентством по программе Medicaid.

## **При возникновении вопросов о программах Medicare Savings Program**

По всем вопросам о программах Medicare Savings Program или ваших льготах по программе Medicare обращайтесь в местную программу помощи по медицинскому страхованию штата (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). Информацию о них можно узнать, позвонив по телефону [877-839-2675](tel:877-839-2675) или посетив веб-сайт [www.shiphelp.org/](http://www.shiphelp.org/).

# Заявление на участие в программах Medicare Savings Program

Личная информация				
<b>Заявитель — (укажите полное имя в соответствии с вашей картой Medicare)</b>				
Фамилия	Имя	Второе имя		
Адрес проживания	Город	Штат	Почтовый индекс	
Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания)	Город	Штат	Почтовый индекс	
Основной телефон:	Альтернативный телефон (необязательно):			
Адрес эл. почты (необязательно)	Семейное положение: Не женат/не замужем (холост/разведен (-а)/вдовец (вдова)) <input type="checkbox"/> Женат/замужем, живу с супругом(-ой) <input type="checkbox"/> Женат/замужем, но живем отдельно друг от друга <input type="checkbox"/>			
<b>Статус гражданства:</b> Вы гражданин(-ка) США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Нет», есть ли у вас соответствующий иммиграционный статус? <input type="checkbox"/> Да (укажите ниже) <input type="checkbox"/> Нет				
Номер иностранца, номер I-94 или идентификационный номер документа и тип документа	Дата предоставления статуса	Дата вашего въезда в США	Гражданином какой страны вы являетесь?	
Являетесь ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или родитель(-ца) ветераном или действующим военнослужащим США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Ваш супруг(-а) — гражданин(-ка) США (если ваш(-а) супруг(-а) также подает заявление на участие в MSP)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если «Нет», имеется ли соответствующий иммиграционный статус? <input type="checkbox"/> Да (укажите ниже) <input type="checkbox"/> Нет				
Номер иностранца, номер I-94 или идентификационный номер документа и тип документа	Дата предоставления статуса	Дата вашего въезда в США	Гражданином какой страны вы являетесь?	
<b>Члены семьи</b>				
Включите своего(-ю) супруга(-у), проживающего(-ую) с вами в одном доме. Укажите родственников, живущих с вами в одном доме и <u>зависящих от вас или вашего(-й) супруга(-и) не менее чем на половину от его/ее финансового обеспечения</u> . Если вам требуется больше места для записей, приложите дополнительные страницы.				
Имя (фамилия, имя, второе имя)	Кем приходится вам	Дата рождения	Подаете заявление на получение льгот по программе MSP?	Номер социального страхования (при подаче заявления на участие в MSP)
	Вы		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
	Супруг(-а)		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
	Другое (укажите)		Н/Д	Необязательно



## Активы

Если у вас или вашего(-й) супруга(-и) есть активы, укажите тип актива, кому он принадлежит и является ли он индивидуальной или совместной собственностью. Активы включают, в частности:

- Наличные средства
- Расчетный счет
- Сберегательный счет
- Счета денежного рынка
- Паевые инвестиционные фонды
- Сберегательные облигации
- Акции
- Депозитные сертификаты (CD)
- Индивидуальные пенсионные счета (IRA)
- Средства на погребение
- Дома или земли, которыми вы владеете (за исключением основного жилья)

Тип актива	Имя(-ена) владельца(-ев)	Собственность	Текущая стоимость
		Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>	\$
		Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>	\$

Есть ли у вас или вашего(-й) супруга(-и) какие-либо транспортные средства (автомобиль, грузовик, лодка, дом на колесах, мотоцикл, автодом и/или прицеп)? Если «Да», заполните форму ниже и укажите, какое транспортное средство является вашим основным:

Имя(-ена) владельца(-ев)	Собственность	Тип транспортно го средства	Год	Марка/модель	Стоимость	Сумма задолженности
	Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Индивидуальная <input type="checkbox"/> Совместная <input type="checkbox"/>				\$	\$

Есть ли у вас и/или вашего(-й) супруга(-и) полис(-ы) пожизненного страхования на случай смерти номинальной стоимостью более \$1,500? Если «Да», укажите ниже:

Застрахованное лицо	Название страховой компании/номер полиса	Нужна помощь в определении стоимости полиса?	Номинальная стоимость	Фактическая стоимость
		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	\$	\$

		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	\$	\$
--	--	--	----	----

**Внимательно прочитайте перед подписанием**

- Я понимаю, что:
- Я должен(-на) немедленно сообщать агентству по программе Medicaid о любых изменениях в моей ситуации. Несвоевременное сообщение может привести к получению неправильно оформленных льгот.
  - Мое положение подлежит проверке агентством по программе Medicaid или другими государственными или федеральными органами.
  - Агентство по программе Medicaid вправе попросить меня предъявить подтверждение соответствия требованиям. Агентство по программе Medicaid может помочь мне получить подтверждение или обратиться за его получением к другим лицам или агентствам.
  - Подавая это заявление, я уполномочиваю государственное агентство по программе Medicaid связаться от моего имени с компанией по страхованию жизни.
  - Подавая запрос и получая льготы на медицинское обслуживание, я передаю штату все права на любую медицинскую помощь и на любые платежи третьих лиц за медицинское обслуживание.
  - Если меня признают соответствующим требованиям программы Medicare Savings Program, на мое имущество **не** будет обращено взыскание за помощь в оплате страховых взносов, франшиз или совместного страхования по программе Medicare.

После обработки вашего заявления вы получите по почте уведомление о праве на участие в программе. Если вы не согласны с тем, на что вы имеете право, вы вправе подать апелляцию. Изучите ваше уведомление о праве на участие в программе, чтобы найти инструкции по подаче апелляции для каждого члена вашей семьи, подавшего заявление на страховое покрытие, в том числе информацию о сроках подачи апелляции. Ниже приведена важная информация, которую следует учитывать при подаче апелляции.

При желании вы вправе поручить другому лицу подавать апелляцию от вашего имени или участвовать в ее рассмотрении. Это может быть друг, родственник, адвокат или другое лицо. Или вы можете подать апелляцию и принять в ней участие самостоятельно.

Чтобы подать запрос на апелляцию, позвоните нам по телефону 1-800-XXX-XXXX (линия ТТТ: 1-800-XXX-XXXX). Или зайдите на сайт [medicaid.state.gov], чтобы получить форму для подачи апелляции. Вы также можете написать заявление самостоятельно и отправить или принести его нам по адресу: State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100.

**Заявление и подписи**

Я прочитал(-а) и понял(-а) информацию, содержащуюся в данном заявлении. Я заявляю, будучи предупрежденным(-ой) об уголовной ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, что информация, предоставленная мной в этом заявлении, является правдивой, правильной и полной в меру моих знаний и убеждений.

Подпись заявителя/представителя:		Дата:
Подпись супруга(-и) (если применимо):		Дата:
Имя представителя:	Номер телефона представителя:	Кем приходится заявителю:

Почтовый адрес представителя:	Адрес эл. почты представителя:
-------------------------------	--------------------------------

Вы имеете право получать информацию в доступном для вас формате, например, набранную крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудиоформате. У вас также есть право подать жалобу, если вы считаете, что подверглись дискриминации. Посетите сайт [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) или позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), чтобы получить дополнительную информацию. Пользователи ТТУ могут позвонить по телефону 1-877-486-2048.

**Необязательно: (Предоставление этой информации не повлияет на право на участие в программе.)**

**ВЫ:** отметьте все подходящие варианты

**Если испаноязычная/латиноамериканская этническая принадлежность**

- ☐ Мексиканец(-ка) ☐ Мексиканский американец(-ка) ☐ Чикано/а ☐ Пуэрториканец(-ка) ☐ Кубинец(-ка)  
☐ Другое \_\_\_\_\_

**Раса**

- ☐ Белые ☐ Американские индейцы или коренные жители Аляски ☐ Филиппинцы ☐ Вьетнамцы ☐ Гуаманцы или чаморро  
☐ Чернокожие или афроамериканцы ☐ Азиатские индейцы ☐ Японцы ☐ Другие азиаты ☐ Самоанцы  
☐ Китайцы ☐ Коренные гавайцы ☐ Корейцы ☐ Жители других островов Тихого океана  
☐ Другое \_\_\_\_\_

**Выберите один ответ.**

**Пол, присвоенный при рождении** (указан в свидетельстве о рождении)

- ☐ Женский ☐ Мужской ☐ Другой \_\_\_\_\_ ☐ Не уверен(-а) ☐ Предпочитаю не отвечать

**Текущий пол:**

- ☐ Женский ☐ Мужской ☐ Трансгендерная женщина ☐ Трансгендерный мужчина  
☐ Другое определение \_\_\_\_\_ ☐ Не уверен(-а) ☐ Предпочитаю не отвечать

**Сексуальная ориентация:**

- ☐ Бисексуальная ☐ Лесбиянка или гей ☐ Натурал (не лесбиянка и не гей) ☐ Другое определение \_\_\_\_\_  
☐ Не уверен ☐ Предпочитаю не отвечать

**Необязательно: (Предоставление этой информации не повлияет на право на участие в программе.)**

**СУПРУГ(-А):** отметьте все подходящие варианты

**Если испаноязычная/латиноамериканская этническая принадлежность**

- ☐ Мексиканец(-ка) ☐ Мексиканский американец(-ка) ☐ Чикано/а ☐ Пуэрториканец(-ка) ☐ Кубинец(-ка)  
☐ Другое \_\_\_\_\_

**Раса**

- ☐ Белые ☐ Американские индейцы или коренные жители Аляски ☐ Филиппинцы ☐ Вьетнамцы ☐ Гуаманцы или чаморро  
☐ Чернокожие или афроамериканцы ☐ Азиатские индейцы ☐ Японцы ☐ Другие азиаты ☐ Самоанцы  
☐ Китайцы ☐ Коренные гавайцы ☐ Корейцы ☐ Жители других островов Тихого океана  
☐ Другое \_\_\_\_\_

**Выберите один ответ.**

**Пол, присвоенный при рождении** (указан в свидетельстве о рождении)

- ☐ Женский ☐ Мужской ☐ Другой \_\_\_\_\_ ☐ Не уверен(-а) ☐ Предпочитаю не отвечать

**Текущий пол:**

- ☐ Женский ☐ Мужской ☐ Трансгендерная женщина ☐ Трансгендерный мужчина  
☐ Другое определение \_\_\_\_\_ ☐ Не уверен(-а) ☐ Предпочитаю не отвечать

**Сексуальная ориентация:**



☐ Бисексуальная   ☐ Лесбиянка или гей   ☐ Натурал (не лесбиянка и не гей)   ☐ Другое определение \_\_\_\_\_

☐ Не уверен   ☐ Предпочитаю не отвечать