

Popunite ovaj dodatak ako ste vi ili član vaše porodice američki Indijanci ili starosjedioci Aljaske. Pošaljite ovo uz vašu prijavu za zdravstveno osiguranje.

**Recite nam nešto o vašim članovima porodice američkih Indijanaca ili starosjedilaca Aljaske.**

Američki Indijanci i starosjedioci Aljaske mogu dobiti usluge od indijanskih zdravstvenih službi, plemenskih zdravstvenih programa ili gradskih indijanskih zdravstvenih programa. Oni takođe možda neće morati da plaćaju participaciju i mogu dobiti posebne mjesečne periode za dobijanje osiguranja. Odgovorite na sljedeća pitanja kako biste vodili računa da vaša porodica dobije najveću moguću pomoć.

**NAPOMENA:** Ako želite da uključite više ljudi, napravite kopiju ove stranice i priložite.

	OSOBA 1 koja je AI/AN	OSOBA 2 koja je AI/AN
1. Ime i prezime (ime, srednje slovo, prezime)	Ime <span style="float: right;">srednje slovo</span>	Ime <span style="float: right;">srednje slovo</span>
	Prezime	Prezime
2. Član savezno priznatog plemena?	<input type="checkbox"/> Da <b>Ako je odgovor da</b> , ime plemena i savezna država  <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da <b>Ako je odgovor da</b> , ime plemena i savezna država  <input type="checkbox"/> Ne
3. Da li je ova osoba ikada dobila uslugu od indijanske zdravstvene službe, plemenskog zdravstvenog programa ili gradskog indijanskog zdravstvenog programa ili putem preporuke nekog od ovih programa?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne  <b>Ako je odgovor ne</b> , da li ova osoba ispunjava uslove da dobije uslugu od indijanske zdravstvene službe, plemenskog zdravstvenog programa ili gradskog indijanskog zdravstvenog programa ili putem preporuke nekog od ovih programa?  <input type="checkbox"/> Da <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Ne</span>	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne  <b>Ako je odgovor ne</b> , da li ova osoba ispunjava uslove da dobije uslugu od indijanske zdravstvene službe, plemenskog zdravstvenog programa ili gradskog indijanskog zdravstvenog programa ili putem preporuke nekog od ovih programa?  <input type="checkbox"/> Da <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Ne</span>
4. Određeni primljeni novac se možda neće računati za Medicaid ili Program dječjeg zdravstvenog osiguranja države Kentucky (KCHIP). Navedite sve prihode (iznos i koliko često) navedene u vašoj prijavi koji podrazumijevaju novac iz ovih izvora: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uplate po glavi stanovnika od plemena koje dolaze od prirodnih resursa, prava korištenja, zakupa ili tantijema</li> <li>• Uplate od prirodnih resursa, poljoprivrede, stočarstva, ribolova, zakupa ili tantijema od zemljišta koje je Ministarstvo za zaštitu prirodnih resursa i kulturne baštine odredilo kao zemljište indijanskog fonda (uključujući rezervate i prethodne rezervate)</li> <li>• Novac od prodaje stvari koje imaju kulturni značaj</li> </ul>	\$ _____  Koliko često?  _____	\$ _____  Koliko često?  _____

Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem Interneta, idite na [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) ili pozovite **1-855-4kynect (459-6328)**. Paraayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).