

Заполните данное приложение, если вы или член вашей семьи являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски. Отправьте его вместе с заявлением на медицинское страхование.

Расскажите нам о ваших членах семьи американских индейцев или коренных жителей Аляски.

Американские индейцы и коренные жители Аляски могут получать услуги от Индейской службы здравоохранения, племенных программ здравоохранения или программ здравоохранения городских индейцев. Им также, возможно, не придется вносить совместную оплату, и они могут получить специальные ежемесячные периоды регистрации. Ответьте на следующие вопросы, чтобы убедиться, что ваша семья получит максимальную помощь.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вам нужно включить больше людей, сделайте копию этой страницы и прикрепите ее.

	АИ / ЧЕЛОВЕК 1	АИ / ЧЕЛОВЕК 2
1. Имя (Имя, средний инициал, фамилия)	Первый средний инициал	Первый средний инициал
	Последний	Последний
2. Член федерально признанного племени?	<input type="checkbox"/> Да Если да, укажите название племени и штат.	<input type="checkbox"/> Да Если да, укажите название племени и штат.
	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет
3. Получал ли этот человек когда-либо услугу от Индейской службы здравоохранения, племенной программы здравоохранения, городской программы здравоохранения индейцев или по направлению от одной из этих программ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, имеет ли этот человек право на получение услуг от Индейской службы здравоохранения, племенных программ здравоохранения или городских индейских программ здравоохранения или по направлению от одной из этих программ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, имеет ли этот человек право на получение услуг от Индейской службы здравоохранения, племенных программ здравоохранения или городских индейских программ здравоохранения или по направлению от одной из этих программ?
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Определенные полученные деньги не могут быть засчитаны в Medicaid или Программу медицинского страхования детей штата Кентукки (КСНIP). Укажите любой доход (сумму и насколько часто), указанный в вашем заявлении, который включает деньги из следующих источников:	\$ _____ Как часто? _____	\$ _____ Как часто? _____
	<ul style="list-style-type: none"> • Платежи на душу населения от племени, полученные от природных ресурсов, прав пользования, аренды или роялти • Платежи от природных ресурсов, сельского хозяйства, скотоводства, рыбалки, аренды или роялти за землю, обозначенную Министерством внутренних дел как индейскую подопечную землю (включая резервации и бывшие резервации) • Деньги от продажи вещей, имеющих культурное значение 	

Если вам нужна помощь с подачей заявления или требуется подать заявку быстрее онлайн, посетите сайт www.kynect.ky.gov или позвоните по телефону **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).