

Заповніть цей додаток, якщо ви або члени родини є американськими індіанцями або корінними жителями Аляски. Подайте цей додаток разом із заявкою на медичне страхування.

Розкажіть нам про членів вашої родини, які є американськими індіанцями або корінними жителями Аляски. Американські індіанці та корінні жителі Аляски можуть отримувати послуги від Служби охорони здоров'я індіанців, племінних програм охорони здоров'я або міських програм охорони здоров'я індіанців. Вони також можуть не оплачувати спільні витрати та можуть отримати спеціальні щомісячні періоди реєстрації. Дайте відповіді на наступні запитання, щоб ваша родина отримала максимальну можливу допомогу.

ПРИМІТКА. Якщо вам потрібно включити більше людей, зробіть копію цієї сторінки та додайте її до подання.

	ОСОБА AI/AN 1	ОСОБА AI/AN 2
1. Повне ім'я (Ім'я, ініціал по батькові, прізвище)	Ім'я _____ Ініціал по батькові _____	Ім'я _____ Ініціал по батькові _____
	Прізвище _____	Прізвище _____
2. Член племені, визнаного на федеральному рівні?	<input type="checkbox"/> Так Якщо так, укажіть назву племені та штат <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так Якщо так, укажіть назву племені та штат <input type="checkbox"/> Ні
3. Чи отримувала ця особа колись послуги від Служби охорони здоров'я індіанців, племінної програми охорони здоров'я або міської програми охорони здоров'я індіанців, або через направлення з однієї з цих програм?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо ні, чи має ця особа право на отримання послуг від Служби охорони здоров'я індіанців, племінних програм охорони здоров'я або міських програм охорони здоров'я індіанців, або через направлення з однієї з цих програм? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо ні, чи має ця особа право на отримання послуг від Служби охорони здоров'я індіанців, племінних програм охорони здоров'я або міських програм охорони здоров'я індіанців, або через направлення з однієї з цих програм? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
4. Певні доходи можуть не враховуватися при визначенні права на Medicaid або Програму медичного страхування дітей штату Кентуккі (KCHIP). Укажіть будь-який дохід (сума і частота), вказаний у вашій заявці, який включає фінансові засоби з таких джерел:	\$ _____ Як часто? _____ _____	\$ _____ Як часто? _____ _____
	<ul style="list-style-type: none"> • Виплати на душу населення від племені, що надходять від природних ресурсів, прав користування, оренди або роялті • Виплати, що поступають від природних ресурсів, сільського господарства, утримання ранчо, рибальства, оренди або роялті з земель, визначених Міністерством внутрішніх справ як землі індіанського трасту (включаючи резервації та колишні резервації) • Гроші від продажу речей, які мають культурне значення 	

Якщо вам потрібна допомога з поданням заявки або ви хочете швидше подати заявку онлайн, перейдіть на сайт www.kynect.ky.gov або зателефонуйте за номером **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).