

Медичне страхування та допомога в оплаті витрат

Заява для кількох осіб

Використовуйте цю заявку, щоб дізнатися, на які страхові програми ви маєте право

Для кого призначена ця заява?

Подайте заявку швидше онлайн

Що вам може знадобитися для подання заявки

Чому ми запитуємо цю інформацію?

Що буде далі?

Щоб отримати допомогу

- Безкоштовне або доступне страхування від Medicaid або Програми медичного страхування дітей штату Кентуккі (KCHIP)
- Фінансова підтримка для оплати медичного страхування
- Доступні плани медичного страхування, які пропонують комплексне покриття для підтримки вашого здоров'я

Члени домогосподарства (подружжя, партнери, діти, інші), які:

- Мешкають у штаті Кентуккі та планують залишатися у штаті Кентуккі
- Включені у вашу податкову декларацію, навіть якщо вони не проживають з вами
- Проживають з вами, навіть якщо податкову декларацію не подано

Подайте заявку швидше онлайн на сайті www.kynect.ky.gov.

- Ваш номер соціального страхування (або номер документа, якщо ви легальний іммігрант)
- Інформація про роботодавця та доходи (наприклад, платіжні квитанції, форми W-2, лист про призначення або декларації про заробітну плату та податки)

Ми запитуємо ваш **номер соціального страхування (SSN)**, дані про ваші **доходи** та іншу інформацію, щоб визначити, чи маєте ви право на отримання допомоги в оплаті медичного страхування.

Якщо вам потрібна допомога в отриманні SSN, зателефонуйте за номером 1-800-772-1213 або відвідайте сайт socialsecurity.gov. Користувачам ТТУ слід телефонувати за номером 1-800-325-0778.

Ми зберігатимемо всю інформацію, яку ви нам надасте, конфіденційною відповідно до вимог законодавства. Номери соціального страхування використовуються для перевірки ваших доходів і для комп'ютерного співставлення з іншими установами, такими як Департамент зайнятості штату Кентуккі, Управління з податків та зборів та інші джерела даних. Номери соціального страхування не будуть використовуватися для повідомлення Служби громадянства та імміграції США (USCIS) про будь-яку особу.

- Надішліть заповнену підписану заявку поштою або факсом на адресу:

Kynect Health Coverage
P.O. Box 2104
Frankfort, KY 40602
Факс: 1-502-573-2007

- **Якщо у вас немає всієї необхідної інформації, все одно подайте заяву.** Ми зв'яжемося з вами для отримання відсутньої інформації, якщо не зможемо прийняти рішення на основі наданих вами даних.
- **Якщо ми зможемо прийняти рішення, ми надішлемо вам детальну інформацію про кроки,** які вам потрібно виконати, щоб вибрати план. Вам потрібно буде зайти на наш вебсайт, зателефонувати нам або отримати допомогу від страхового агента чи консультанта Kynect для реєстрації в плані.

- **Вебсайт:** www.kynect.ky.gov
- **Телефон:** Зателефонуйте в службу підтримки клієнтів за номером **1-855-4kynect (459-6328)**
- **Особисто:** Знайдіть список місць поблизу місця вашого проживання, відвідавши наш вебсайт або зателефонувавши нам.
- **Зверніться до страхового агента або в kynector:** Відвідайте наш вебсайт або зателефонуйте за номером 1-855-4kynect (459-6328), щоб отримати список страхових агентів і консультантів kynect поблизу вас.
- **Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- Користувачам ТТУ слід телефонувати за номером **1-855-459-6328**



Медичне страхування та допомога в оплаті витрат

Заява для кількох осіб

КРОК 1 Розкажіть нам про себе (відповідальну особу)

Заповніть цю частину заявки з інформацією про відповідальну особу (навіть якщо відповідальна особа не подає заявку на страхування). Якщо ви заповнюєте цю заявку за когось іншого, ви повинні використати **Додаток В** для введення вашої контактної інформації.



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).

1. Ім'я, ініціали по батькові, прізвище, суфікс (як вказано на картці соціального страхування)

2. Номер соціального страхування (SSN) **Нам потрібен ваш номер соціального страхування (SSN), якщо ви хочете отримати медичне страхування й маєте SSN.** Надання SSN може бути корисним навіть у випадку, якщо ви не бажаєте отримати медичне страхування, оскільки це може пришвидшити процес подання заявки.

3. **Якщо ви бажаєте отримати страхування**, але не надали SSN, виберіть причину його ненадання.

- Заперечення з релігійних причин Подано заявку на SSN Невідповідність критеріям отримання SSN
 Відсутність SSN і його може бути видано лише з причини, не пов'язаної з роботою Відмовляєтеся надати SSN
 Я не хочу надавати, оскільки я не подаю заявку на страхування

4. Якщо ви подаєте заявку на медичне страхування, поставте позначку тут і дайте відповіді на всі запитання. Якщо ви **не подаєте заявку** на медичне страхування, **не відповідайте** на запитання 26-34 на наступній сторінці.

5. Дата народження (дд/мм/рррр)

6. Стать

- Чоловік Жінка

7. Ви мешкаєте у штаті Кентуккі та плануєте залишатися у штаті Кентуккі? (**Вимагається, лише якщо ви бажаєте отримати страхування**) Так Ні

8. Домашня адреса - Поставте позначку тут, якщо у вас немає домашньої адреси. Вам все одно знадобиться надати поштову адресу нижче.

9. Місто

10. Штат

11. Поштовий індекс

12. Округ

13. Поштова адреса (потрібна, лише якщо вона відрізняється від домашньої адреси)

14. Місто

15. Штат

16. Поштовий індекс

17. Округ

18. Основний номер телефону Домашній
 Робочий Мобільний

19. Додатковий номер телефону Домашній Робочий
 Мобільний

20. Поставте позначку тут, щоб відмовитися від отримання текстових повідомлень від купест на ваш основний номер телефону.

Поставте позначку тут, щоб відмовитися від отримання текстових повідомлень від купест на ваш додатковий номер телефону.

21. Бажана мова спілкування (якщо не англійська)

22. Бажана мова листування (якщо не англійська)

23. **Форма 1095-A** надсилається вам і Податковій службі США (IRS) від купест для звітування про інформацію щодо реєстрації та суму допомоги в оплаті, яку домогосподарство отримало протягом року покриття, якщо застосовно. **Форму 1095-B** можна отримати, зайшовши на сайт www.kynect.ky.gov або звернувшись до DCBS для кожного члена родини, якщо ви мали покриття Medicaid протягом року. Форми надсилаються поштою, або якщо ви створюєте обліковий запис у системі купест, ми можемо натомість повідомити вас електронною поштою, що форма (форми) готова до перегляду. Якщо ви хочете отримувати сповіщення електронною поштою, введіть свою електронну адресу:

24. Чи плануєте ви, Відповідальна сторона, подати федеральну податкову декларацію НАСТУПНОГО РОКУ? (Ви можете подати заявку на медичне страхування, навіть якщо ви не подасте федеральну податкову декларацію.)

ТАК. Якщо так, дайте відповіді на питання a–d. **НІ.** Якщо ні, перейдіть до запитання d.

a. Який у вас буде статус подання?

- Одружені, подання спільної заяви
 Одружені, подання окремих заяв
 Неодружений(а) Голова домогосподарства



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).

- b. Якщо ви одружені, як звати вашого чоловіка/дружину? _____
- c. Чи є у вас утриманці? Так Ні
- Якщо так, укажіть імена утриманців:** _____



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).

d. Чи зазначено вас як утриманця у податковій декларації іншої особи? Так Ні

Якщо так, вкажіть ім'я особи, яка подає податкову декларацію: _____

Ким ви доводитеся особі, яка подає податкову декларацію? _____

25. Ви є одним з батьків/доглядачем когось у цій родині? Так Ні

Якщо так, вкажіть ім'я члена сім'ї: _____

Дайте відповідь на наступні запитання, лише якщо ви бажаєте отримати страхування:

26. Чи отримали ви пропозицію медичного страхування через роботу (включно з пропозицією через роботу іншої особи, як-от роботу чоловіка/дружини)?

Так. **Якщо так**, вам потрібно буде заповнити та долучити **Додаток А** до цієї заявки. Ні

27. Чи зареєстровані ви зараз в програмі відшкодування індивідуальних витрат на медичне обслуговування (ICHR) або програмі відшкодування на медичне обслуговування для кваліфікованих малих роботодавців (QSEHRA), або чи маєте пропозицію щодо участі в таких програмах?

Так. **Якщо так**, вам потрібно буде відповісти на питання в розділі 3 щодо відшкодування витрат на медичне обслуговування у цій заявці. Ні

28. Чи потрібна вам допомога в оплаті медичних рахунків за останні 3 місяці? Так Ні

Якщо так, за який місяць (місяці)? _____

29. Ви є громадянином США або підданим США?
 Так Ні

30. Якщо ви є громадянином або підданим США, чи отримали ви громадянство через натуралізацію або за походженням? Так Ні

Якщо так, надайте інформацію про один із наведених нижче документів.

- Свідоцтво про натуралізацію
 - Номер свідоцтва про натуралізацію: _____
 - Імміграційний номер: _____
- Свідоцтво про громадянство:
 - Номер свідоцтва про громадянство: _____
 - Імміграційний номер: _____

31. Якщо ви не є громадянином або підданим США, чи маєте ви відповідний імміграційний статус?

Так. Дайте відповіді на запитання а–д нижче.

a) Тип імміграційного документа: _____

b) Ідентифікаційний номер документа: _____

c) Ви живете в США з 1996 року? Так Ні

d) Коли ви отримали свій поточний імміграційний статус? (дд/мм/рррр) _____

32. Чи у вас є невідкладний медичний стан? Так Ні

33. Ви ветеран або діючий військовослужбовець США? Так Ні

34. Ви маєте латиноамериканське чи іспанське походження? **(НЕОБОВ'ЯЗКОВО)** Так Ні

35. Етнічне походження - **(НЕОБОВ'ЯЗКОВО)**

- | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Європеїд | <input type="checkbox"/> Американський | <input type="checkbox"/> Філіппінець | <input type="checkbox"/> В'єтнамець | <input type="checkbox"/> Гуамець або чаморро |
| <input type="checkbox"/> Негроїд або афроамериканець | <input type="checkbox"/> Індіанець | <input type="checkbox"/> Японець | <input type="checkbox"/> Інший азіат | <input type="checkbox"/> Самоанець |
| <input type="checkbox"/> Китаєць | <input type="checkbox"/> Корінний житель Аляски | <input type="checkbox"/> Кореєць | <input type="checkbox"/> Корінний гавайець | <input type="checkbox"/> Інший житель тихоокеанських островів |
| | <input type="checkbox"/> Індус | | | |

36. Якщо ви нещодавно втратили члена сім'ї, можливо, ви зможете отримати допомогу в оплаті його/її медичних рахунків. Будь ласка, надайте нам наступну інформацію про померлого члена сім'ї:

Ім'я: _____ Дата народження: _____

Стать: Чоловіча Жіноча

Ця особа має латиноамериканське чи іспанське походження?

(НЕОБОВ'ЯЗКОВО) Так Ні

Етнічне походження **(НЕОБОВ'ЯЗКОВО)**: _____



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).

КРОК 2 Інші члени домогосподарства

Далі вам потрібно буде надати нам інформацію про інших членів вашої родини (включіть усіх членів вашої родини, навіть якщо вони не хочуть отримувати медичне страхування). Включіть чоловіка/дружину, дітей та інших осіб, які живуть у штаті Кентуккі та планують залишатися в штаті Кентуккі, включені у вашу податкову декларацію (навіть якщо вони не проживають з вами), і проживають у вашому домогосподарстві, навіть якщо податкова декларація не подана. Якщо вам потрібно включити більше чотирьох осіб у цю заявку, додайте додаткові сторінки з їхньою інформацією.

Почніть з членів вашого домогосподарства, які враховуються при оподаткуванні.



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).

Особа 2

1. Ім'я, ініціали по батькові, прізвище, суфікс (як вказано у вашій картці соціального страхування)	2. Ким вам доводиться
3. Номер соціального страхування (SSN)	Нам потрібен номер соціального страхування (SSN) ОСОБИ 2, якщо ОСОБА 2 хоче отримати страхування і має SSN. Надання SSN може бути корисним навіть у випадку, якщо заявка на медичне страхування не подається, оскільки це може пришвидшити процес обробки заявки.
4. Якщо ОСОБА 2 бажає отримати страхування, але номер SSN не надано, виберіть причину його ненадання. <input type="checkbox"/> Заперечення з релігійних причин <input type="checkbox"/> Подано заявку на отримання SSN <input type="checkbox"/> Новонароджена дитина без SSN <input type="checkbox"/> Невідповідність критеріям отримання SSN <input type="checkbox"/> Відсутність SSN і його може бути видано лише з причини, не пов'язаної з роботою <input type="checkbox"/> Відмовляєтеся надати SSN <input type="checkbox"/> Я не хочу надавати, оскільки я не подаю заявку на страхування	
5. Якщо ОСОБА 2 подає заявку на медичне страхування, поставте позначку тут <input type="checkbox"/> і дайте відповіді на всі запитання. Якщо ОСОБА 2 не подає заявку на медичне страхування, не відповідайте на запитання 12-20.	
6. Дата народження (дд/мм/рррр)	7. Стать <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка
8. Чи проживає ОСОБА 2 за тією ж адресою, що й ВІДПОВІДАЛЬНА СТОРОНА? <input type="checkbox"/> Так. Якщо так , не вводьте адресу нижче. <input type="checkbox"/> Ні. Якщо ні , введіть адресу ОСОБИ 2 нижче.	
9. Домашня адреса	10. Поштова адреса (потрібна, лише якщо вона відрізняється від домашньої адреси)
11. Чи планує ОСОБА 2 подати федеральну податкову декларацію НАСТУПНОГО РОКУ? (Особа може подати заявку на медичне страхування, навіть якщо вона не подасть федеральну податкову декларацію.) <input type="checkbox"/> ТАК. Якщо так, дайте відповіді на питання а–d. <input type="checkbox"/> НІ. Якщо ні, перейдіть до запитання d. a. Який в ОСОБИ 2 буде статус подання? <input type="checkbox"/> Одружений(а), подання спільної заяви <input type="checkbox"/> Одружений(а), подання окремих заяв <input type="checkbox"/> Неодружений(а) <input type="checkbox"/> Голова домогосподарства b. Якщо особа одружена, як звати її чоловіка/дружину? _____ c. Чи є у ОСОБИ 2 утриманці? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , вкажіть імена утриманців: _____ d. Чи зазначена ОСОБА 2 як утриманець у податковій декларації іншої особи? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , вкажіть ім'я особи, яка подає податкову декларацію: _____ Ким ОСОБА 2 доводиться особі, яка подає податкову декларацію? _____	
12. Ви є одним з батьків/доглядачем когось у цій родині? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , вкажіть ім'я члена сім'ї: _____	
13. Чи отримала ОСОБА 2 пропозицію медичного страхування через роботу (включно з пропозицією через роботу іншої особи, як-от роботу батьків або чоловіка/дружини)? <input type="checkbox"/> Так. Якщо так , вам потрібно буде заповнити та долучити Додаток А до цієї заявки. <input type="checkbox"/> Ні	
14. Чи зареєстрована ОСОБА 2 зараз в програмі відшкодування індивідуальних витрат на медичне обслуговування (ICHR) або програмі відшкодування на медичне обслуговування для кваліфікованих малих роботодавців (QSEHRA), або чи має пропозицію щодо участі в таких програмах? Так. Якщо так , вам потрібно буде відповісти на питання в розділі 3 щодо відшкодування витрат на медичне обслуговування у цій заявці. <input type="checkbox"/> Ні	
15. Чи потрібна ОСОБИ 2 допомога в оплаті медичних рахунків за останні 3 місяці? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , за який місяць (місяці)? _____	



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).

<p>16. Чи є ОСОБА 2 громадянином США або підданим США? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p>	<p>17. Якщо ОСОБА 2 є громадянином США або підданим США, чи отримала вона громадянство через натуралізацію або за походженням? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, надайте інформацію про один із наведених нижче документів.</p> <p><input type="checkbox"/> Свідоцтво про натуралізацію</p> <ul style="list-style-type: none"> • Номер свідоцтва про натуралізацію: _____ • Імміграційний номер: _____ <p><input type="checkbox"/> Свідоцтво про громадянство: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Номер свідоцтва про громадянство: _____ • Імміграційний номер: _____ 																				
<p>18. Якщо вона не є громадянином США або підданим США, чи має ОСОБА 2 відповідний імміграційний статус? <input type="checkbox"/> Так. Дайте відповіді на запитання a–d нижче.</p> <p>a) Тип імміграційного документа: _____</p> <p>b) Ідентифікаційний номер документа: _____</p> <p>c) Чи проживала ОСОБА 2 у США з 1996 року? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>d) Коли ви отримали свій поточний імміграційний статус? (дд/мм/рррр) _____</p>																					
<p>19. Чи в ОСОБИ 2 є невідкладний медичний стан? <input type="checkbox"/>Так <input type="checkbox"/>Ні</p>																					
<p>20. Чи ОСОБА 2 є ветераном або діючим військовослужбовцем армії США? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p>																					
<p>21. Чи має ОСОБА 2 латиноамериканське чи іспанське походження? (НЕОБОВ'ЯЗКОВО) <input type="checkbox"/>Так <input type="checkbox"/>Ні</p>																					
<p>22. Етнічне походження - (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Європеоїд</td> <td><input type="checkbox"/> Американський</td> <td><input type="checkbox"/> Філіппінець</td> <td><input type="checkbox"/> В'єтнамець</td> <td><input type="checkbox"/> Гуамець або чаморро</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Негроїд або афроамериканець</td> <td><input type="checkbox"/> Індіанець</td> <td><input type="checkbox"/> Японець</td> <td><input type="checkbox"/> Інший азіат</td> <td><input type="checkbox"/> Самоанець</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Китаєць</td> <td><input type="checkbox"/> Корінний житель Аляски</td> <td><input type="checkbox"/> Кореєць</td> <td><input type="checkbox"/> Корінний гавайець</td> <td><input type="checkbox"/> Інший житель тихоокеанських островів</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Індус</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Європеоїд	<input type="checkbox"/> Американський	<input type="checkbox"/> Філіппінець	<input type="checkbox"/> В'єтнамець	<input type="checkbox"/> Гуамець або чаморро	<input type="checkbox"/> Негроїд або афроамериканець	<input type="checkbox"/> Індіанець	<input type="checkbox"/> Японець	<input type="checkbox"/> Інший азіат	<input type="checkbox"/> Самоанець	<input type="checkbox"/> Китаєць	<input type="checkbox"/> Корінний житель Аляски	<input type="checkbox"/> Кореєць	<input type="checkbox"/> Корінний гавайець	<input type="checkbox"/> Інший житель тихоокеанських островів		<input type="checkbox"/> Індус			
<input type="checkbox"/> Європеоїд	<input type="checkbox"/> Американський	<input type="checkbox"/> Філіппінець	<input type="checkbox"/> В'єтнамець	<input type="checkbox"/> Гуамець або чаморро																	
<input type="checkbox"/> Негроїд або афроамериканець	<input type="checkbox"/> Індіанець	<input type="checkbox"/> Японець	<input type="checkbox"/> Інший азіат	<input type="checkbox"/> Самоанець																	
<input type="checkbox"/> Китаєць	<input type="checkbox"/> Корінний житель Аляски	<input type="checkbox"/> Кореєць	<input type="checkbox"/> Корінний гавайець	<input type="checkbox"/> Інший житель тихоокеанських островів																	
	<input type="checkbox"/> Індус																				



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).

Особа 3

1. Ім'я, ініціали по батькові, прізвище, суфікс (як вказано у вашій картці соціального страхування)	2. Ким вам доводиться
3. Номер соціального страхування (SSN)	Нам потрібен номер соціального страхування (SSN) ОСОБИ 3, якщо ОСОБА 3 хоче отримати страхування і має SSN. Надання SSN може бути корисним навіть у випадку, якщо заявка на медичне страхування не подається, оскільки це може пришвидшити процес обробки заявки.
4. Якщо ОСОБА 3 бажає отримати страхування, але номер SSN не надано, виберіть причину його ненадання.	
<input type="checkbox"/> Заперечення з релігійних причин <input type="checkbox"/> Подано заявку на отримання SSN	
<input type="checkbox"/> Новонароджена дитина без SSN <input type="checkbox"/> Невідповідність критеріям отримання SSN	
<input type="checkbox"/> Відсутність SSN і його може бути видано лише з причини, не пов'язаної з роботою <input type="checkbox"/> Відмовляється надати SSN	
<input type="checkbox"/> Я не хочу надавати, оскільки я не подаю заявку на страхування	
5. Якщо ОСОБА 3 подає заявку на медичне страхування, поставте позначку тут	
<input type="checkbox"/> і дайте відповіді на всі запитання. Якщо ОСОБА 3 не подає заявку на медичне страхування, не відповідайте на запитання 12-20.	
6. Дата народження (дд/мм/рррр)	7. Стать <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка
8. Чи проживає ОСОБА 3 за тією ж адресою, що й ВІДПОВІДАЛЬНА СТОРОНА?	
<input type="checkbox"/> Так. Якщо так , не вводьте адресу нижче. <input type="checkbox"/> Ні. Якщо ні , введіть адресу ОСОБИ 3 нижче.	
9. Домашня адреса	10. Поштова адреса (потрібна, лише якщо вона відрізняється від домашньої адреси)
11. Чи планує ОСОБА 3 подати федеральну податкову декларацію НАСТУПНОГО РОКУ? (Особа може подати заявку на медичне страхування, навіть якщо вона не подасть федеральну податкову декларацію.)	
<input type="checkbox"/> ТАК. Якщо так , дайте відповіді на питання а–d. <input type="checkbox"/> НІ. Якщо ні , перейдіть до запитання d.	
a. Який в ОСОБИ 3 буде статус подання? <input type="checkbox"/> Одружений(а), подання спільної заяви <input type="checkbox"/> Одружений(а), подання окремих заяв	
<input type="checkbox"/> Неодружений(а) <input type="checkbox"/> Голова домогосподарства	
b. Якщо особа одружена, як звати її чоловіка/дружину? _____	
c. Чи є в ОСОБИ 3 утриманці? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
Якщо так , укажіть імена утриманців: _____	
d. Чи зазначена ОСОБА 3 як утриманець у податковій декларації іншої особи? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
Якщо так , вкажіть ім'я особи, яка подає податкову декларацію: _____	
Ким ОСОБА 3 доводиться особі, яка подає податкову декларацію? _____	
12. Ви є одним з батьків/доглядачем когось у цій родині? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
Якщо так , вкажіть ім'я члена сім'ї: _____	
13. Чи отримала ОСОБА 3 пропозицію медичного страхування через роботу (включно з пропозицією через роботу іншої особи, як-от роботу батьків або чоловіка/дружини)?	
<input type="checkbox"/> Так. Якщо так , вам потрібно буде заповнити та долучити Додаток А до цієї заявки. <input type="checkbox"/> Ні	
14. Чи зареєстрована ОСОБА 3 зараз у програмі відшкодування індивідуальних витрат на медичне обслуговування (ICHR) або програмі відшкодування на медичне обслуговування для кваліфікованих малих роботодавців (QSEHRA), або чи має пропозицію щодо участі в таких програмах?	
<input type="checkbox"/> Так. Якщо так , вам потрібно буде відповісти на питання в розділі 3 щодо відшкодування витрат на медичне обслуговування у цій заявці. <input type="checkbox"/> Ні	



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).

15. Чи потрібна ОСОБА 3 допомога в оплаті медичних рахунків за останні 3 місяці? Так Ні

Якщо так, за який місяць (місяці)? _____

16. Чи є ОСОБА 3 громадянином США або підданим США?
 Так Ні

17. Якщо ОСОБА 3 є громадянином США або підданим США, чи отримала вона громадянство через натуралізацію або за походженням? Так Ні

Якщо так, надайте інформацію про один із наведених нижче документів.

- Свідоцтво про натуралізацію
 - Номер свідоцтва про натуралізацію: _____
 - Імміграційний номер: _____
- Свідоцтво про громадянство:
 - Номер свідоцтва про громадянство: _____
 - Імміграційний номер: _____

18. Якщо вона не є громадянином США або підданим США, чи має ОСОБА 3 відповідний імміграційний статус?

Так. Дайте відповіді на запитання а–d нижче.

- a) Тип імміграційного документа: _____
- b) Ідентифікаційний номер документа: _____
- c) Чи проживала ОСОБА 3 у США з 1996 року? Так Ні
- d) Коли ви отримали свій поточний імміграційний статус? (дд/мм/рррр) _____

19. Чи в ОСОБИ 2 є невідкладний медичний стан? Так Ні

20. Чи ОСОБА 3 є ветераном або діючим військовослужбовцем армії США? Так Ні

21. Чи має ОСОБА 3 латиноамериканське чи іспанське походження? **(НЕОБОВ'ЯЗКОВО)** Так Ні

22. Етнічне походження - **(НЕОБОВ'ЯЗКОВО)**

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Європеїд | <input type="checkbox"/> Американський індіанець | <input type="checkbox"/> Філіппінець | <input type="checkbox"/> В'єтнамець | <input type="checkbox"/> Гуамець або чаморро |
| <input type="checkbox"/> Негроїд або афроамериканець | <input type="checkbox"/> Корінний житель Аляски | <input type="checkbox"/> Японець | <input type="checkbox"/> Інший азіат | <input type="checkbox"/> Самоанець |
| <input type="checkbox"/> Китаєць | <input type="checkbox"/> Індус | <input type="checkbox"/> Кореєць | <input type="checkbox"/> Корінний гавайець | <input type="checkbox"/> Інший житель тихоокеанських островів |



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).

Особа 4

1. Ім'я, ініціали по батькові, прізвище, суфікс (як вказано у вашій картці соціального страхування)	2. Ким вам доводиться
3. Номер соціального страхування (SSN)	Нам потрібен номер соціального страхування (SSN) ОСОБА 4, якщо ОСОБА 4 хоче отримати страхування і має SSN. Надання SSN може бути корисним навіть у випадку, якщо заявка на медичне страхування не подається, оскільки це може пришвидшити процес обробки заявки.
4. Якщо ОСОБА 4 бажає отримати страхування, але номер SSN не надано, виберіть причину його ненадання. <input type="checkbox"/> Заперечення з релігійних причин <input type="checkbox"/> Подано заявку на отримання SSN <input type="checkbox"/> Новонароджена дитина без SSN <input type="checkbox"/> Невідповідність критеріям отримання SSN <input type="checkbox"/> Відсутність SSN і його може бути видано лише з причини, не пов'язаної з роботою <input type="checkbox"/> Відмовляється надати SSN <input type="checkbox"/> Я не хочу надавати, оскільки я не подаю заявку на страхування	
5. Якщо ОСОБА 4 подає заявку на медичне страхування, поставте позначку тут <input type="checkbox"/> і дайте відповіді на всі запитання. Якщо ОСОБА 4 не подає заявку на медичне страхування, не відповідайте на запитання 12-20.	
6. Дата народження (дд/мм/рррр)	7. Стать <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка
8. Чи проживає ОСОБА 4 за тією ж адресою, що й ВІДПОВІДАЛЬНА СТОРОНА? <input type="checkbox"/> Так. Якщо так , не вводьте адресу нижче. <input type="checkbox"/> Ні. Якщо ні , введіть адресу ОСОБИ 4 нижче.	
9. Домашня адреса	10. Поштова адреса (потрібна, лише якщо вона відрізняється від домашньої адреси)
11. Чи планує ОСОБА 4 подати федеральну податкову декларацію НАСТУПНОГО РОКУ? (Особа може подати заявку на медичне страхування, навіть якщо вона не подасть федеральну податкову декларацію.) <input type="checkbox"/> ТАК. Якщо так , дайте відповіді на питання а–d. <input type="checkbox"/> НІ. Якщо ні , перейдіть до запитання d. а. Який в ОСОБИ 4 буде статус подання? <input type="checkbox"/> Одружений(а), подання спільної заяви <input type="checkbox"/> Одружений(а), подання окремих заяв <input type="checkbox"/> Неодружений(а) <input type="checkbox"/> Голова домогосподарства б. Якщо особа одружена, як звати її чоловіка/дружину? _____ в. Чи є в ОСОБИ 4 утриманці? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , укажіть імена утриманців: _____ д. Чи зазначена ОСОБА 4 як утриманець у податковій декларації іншої особи? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , вкажіть ім'я особи, яка подає податкову декларацію: _____ Ким ОСОБА 4 доводиться особі, яка подає податкову декларацію? _____	
12. Ви є одним з батьків/доглядачем когось у цій родині? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , вкажіть ім'я члена сім'ї: _____	
13. Чи отримала ОСОБА 4 пропозицію медичного страхування через роботу (включно з пропозицією через роботу іншої особи, як-от роботу батьків або чоловіка/дружини)? <input type="checkbox"/> Так. Якщо так , вам потрібно буде заповнити та долучити Додаток А до цієї заявки. <input type="checkbox"/> Ні	
14. Чи зареєстрована ОСОБА 4 зараз у програмі відшкодування індивідуальних витрат на медичне обслуговування (ICHRA) або програмі відшкодування на медичне обслуговування для кваліфікованих малих роботодавців (QSEHRA), або чи має пропозицію щодо участі в таких програмах? <input type="checkbox"/> Так. Якщо так , вам потрібно буде відповісти на питання в розділі 3 щодо відшкодування витрат на медичне обслуговування у цій заявці. <input type="checkbox"/> Ні	



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).

15. Чи потрібна ОСОБА 4 допомога в оплаті медичних рахунків за останні 3 місяці? Так Ні
Якщо так, за який місяць (місяці)? _____

16. Чи є ОСОБА 4 громадянином США або підданим США?
 Так Ні

17. Якщо ОСОБА 4 є громадянином США або підданим США, чи отримала вона громадянство через натуралізацію або за походженням? Так Ні
Якщо так, надайте інформацію про один із наведених нижче документів.
 Свідоцтво про натуралізацію
• Номер свідоцтва про натуралізацію: _____
• Імміграційний номер: _____
 Свідоцтво про громадянство: _____
• Номер свідоцтва про громадянство: _____
• Імміграційний номер: _____

18. Якщо вона не є громадянином США або підданим США, чи має ОСОБА 4 відповідний імміграційний статус?
 Так. Дайте відповіді на запитання a–d нижче.
a) Тип імміграційного документа: _____
b) Ідентифікаційний номер документа: _____
c) Чи проживала ОСОБА 4 у США з 1996 року? Так Ні
d) Коли ви отримали свій поточний імміграційний статус? (дд/мм/рррр) _____

19. Чи в ОСОБИ 2 є невідкладний медичний стан? Так Ні

20. Чи ОСОБА 4 є ветераном або діючим військовослужбовцем армії США? Так Ні

21. Чи має ОСОБА 4 латиноамериканське чи іспанське походження? Ні
(НЕОБОВ'ЯЗКОВО) Так

22. Етнічне походження - **(НЕОБОВ'ЯЗКОВО)**

<input type="checkbox"/> Європеїд	<input type="checkbox"/> Американський	<input type="checkbox"/> Філіппінець	<input type="checkbox"/> В'єтнамець	<input type="checkbox"/> Гуамець або чаморро
<input type="checkbox"/> Негроїд або афроамериканець	<input type="checkbox"/> Індіанець	<input type="checkbox"/> Японець	<input type="checkbox"/> Інший азіат	<input type="checkbox"/> Самоанець
<input type="checkbox"/> Китаєць	<input type="checkbox"/> Корінний житель Аляски	<input type="checkbox"/> Кореєць	<input type="checkbox"/> Корінний гавайець	<input type="checkbox"/> Інший житель тихоокеанських островів
	<input type="checkbox"/> Індус			



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).

КРОК 3 Додаткові запитання

Якщо відповідь на наведені нижче запитання більш ніж для однієї особи ствердна, скористайтеся додатковими аркушами паперу, щоб надати нам подробиці.

1. Чи перебуває хтось із тих, хто подає цю заявку на медичне страхування, **зараз у в'язниці або тюрмі** або був звільнений протягом останніх трьох місяців?

ТАК. Якщо так, дайте відповідь на запитання а–d. **НІ. Якщо ні**, перейдіть до запитання 2.

- a. Хто? _____
- b. Коли ця особа потрапила до в'язниці? (дд/мм/рррр) _____
- c. Коли ця особа вийшла з в'язниці? (дд/мм/рррр) _____
- d. Чи очікує ця особа наразі на рішення щодо висунутих звинувачень? Так Ні

2. Чи закінчилася у когось із тих, хто подає цю заявку, **вагітність** (народженням дитини або втратою вагітності) за останні три місяці або чи є хтось із них **зараз вагітною**?

ТАК. Якщо так, дайте відповідь на запитання а–d. **НІ. Якщо ні**, перейдіть до запитання 3.

- a. Хто? _____
- b. Який термін пологів або останній термін вагітності? (дд/мм/рррр) _____
- c. Скільки дітей очікується/очікувалося від цієї вагітності? _____
- d. Чи хотіла б ця особа отримати направлення до програми харчування для жінок, немовлят і дітей (WIC)? Так Ні

3. Чи є хтось **американським індіанцем чи корінним жителем Аляски**?

ТАК. Якщо так, заповніть **Додаток С** і надішліть його разом із цією заявкою. **НІ. Якщо ні**, перейдіть до запитання 4.

4. Чи хтось, хто подає заявку на медичне страхування за цією заявою, потребує допомоги в повсякденних справах (наприклад, купання, одягання тощо) або живе в медичному закладі чи будинку престарілих?

ТАК. Якщо так, то хто? _____ **НІ. Якщо ні**, перейдіть до запитання 5.

5. Чи є хтось із тих, хто подає цю заявку на покриття, **сліпим або постійно непрацездатним**?

ТАК. Якщо так, то хто? _____ **НІ. Якщо ні**, перейдіть до запитання 6.

6. Чи хтось із членів вашої сім'ї, який подає заявку на медичне страхування за цією заявою, наразі має **інше медичне страхування**, включно зі стоматологічним та основним медичним страхуванням, крім Medicaid або KCHIP?

ТАК. Якщо так, дайте відповідь на запитання а–h. **НІ. Якщо ні**, перейдіть до запитання 7.

- a. Хто? _____
- b. Тип покриття _____
- c. Ім'я страхувальника _____
- d. Назва страхової компанії _____
- e. Адреса страхової компанії _____
- f. Номер полісу _____
- g. Дата початку страхування _____
- h. Дата закінчення страхування _____

7. Чи отримував хтось у вашому домогосподарстві Medicaid, коли він/вона досягнув віку, при якому вже не мав права на розміщення в прийомну сім'ю? **ТАК. Якщо так**, то хто? _____

У якому штаті він/вона проживав(-ла)? _____ Скільки йому/їй було років? _____

НІ. Якщо ні, перейдіть до **кроку 4**.



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).

Інформація про ПРАЦІВНИКА та РОБОТОДАВЦЯ

Програма відшкодування витрат на медичне обслуговування (HRA): Надайте нам інформацію про HRA.

8. Ім'я працівника (ім'я, по батькові, прізвище)		
9. Ім'я працівника		10. Ідентифікаційний номер роботодавця (EIN)
11. Адреса роботодавця		
12. Місто	13. Штат	14. Поштовий індекс
15. Контактна особа роботодавця		16. Контактний номер телефону роботодавця
17. Кому цей роботодавець пропонує HRA?		

- a. Чи **пропонує** цей роботодавець наразі **HRA** комусь із тих, хто подає заявку на медичне страхування?
- ТАК. Якщо так**, вкажіть імена осіб, яким **пропонується участь у програмі відшкодування витрат на медичне обслуговування (поставте відмітку, якщо для кожної з перелічених осіб пропонується покриття в рамках ICHRA або QSEHRA)**.
- Відшкодування індивідуальних витрат на медичне обслуговування (ICHRA)
- Відшкодування на медичне обслуговування для кваліфікованих малих роботодавців (QSEHRA) Ім'я:
Повне ім'я:
- НІ. Якщо ні**, перейдіть до пункту j.

18. Хто зареєстрований у HRA цим роботодавцем?

- b. Чи пропонує цей роботодавець наразі HRA комусь із тих, хто подає заявку на медичне страхування?
- ТАК. Якщо так**, вкажіть імена осіб, яким **пропонується участь у програмі відшкодування витрат на медичне обслуговування (поставте відмітку, якщо для кожної з перелічених осіб пропонується покриття в рамках ICHRA або QSEHRA)**.
- Відшкодування індивідуальних витрат на медичне обслуговування (ICHRA)
- Відшкодування на медичне обслуговування для кваліфікованих малих роботодавців (QSEHRA) Ім'я:
Повне ім'я:
- НІ. Якщо ні**, перейдіть до пункту j.

19. Розкажіть нам про пропозицію HRA, яку надає цей роботодавець

- a. Яка дата початку та дата завершення дії HRA?
- i. Дата початку дії HRA (дд/мм/рррр): _____
- ii. Дата завершення дії HRA (дд/мм/рррр): _____
- b. Яка максимальна сума відшкодування, яку пропонує цей роботодавець? \$ _____
- c. Як часто ця сума буде доступною? Щотижня Двічі на місяць Щомісяця
- d. Якщо у вас є пропозиція ICHRA, але ви ще не зареєстровані
- i. Чи зможете ви через [60 днів від поточної дати] скористатися HRA? Так Ні
- ii. Чи плануєте ви відмовитися від такої пропозиції HRA, якщо буде визнано, що ви маєте право на допомогу в оплаті? Так Ні



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).

КРОК 4 Доходи та відрахування

Використовуйте додаткові аркуші паперу, якщо вам потрібно додати більше ніж дві

Дохід від роботи 1	1. Хто отримує цей дохід?	2. Хто є роботодавцем цієї особи?
3. Яка валова сума доходів цієї особи (до сплати податків)? \$	4. Як часто? <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Щомісяця	
5. ЯКЩО ОСОБА САМОЗАЙНЯТА a. Тип роботи _____	b. Валовий дохід _____ c. Витрати на самозайнятність _____ d. ЧИСТИЙ дохід (валовий мінус витрати) _____	e. Як часто? _____

Дохід від роботи 2	6. Хто отримує цей дохід?	7. Хто є роботодавцем цієї особи?
8. Яку валову суму заробляє ця особа (до сплати податків)? \$	9. Як часто? <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Щомісяця	
10. ЯКЩО ОСОБА САМОЗАЙНЯТА a. Тип роботи _____	b. Валовий дохід _____ c. Витрати на самозайнятність _____ d. ЧИСТИЙ дохід (валовий мінус витрати) _____	e. Як часто? _____

11. **Додатковий дохід:** Надайте нам інформацію про будь-який додатковий дохід, який можуть отримувати члени родини в цій заявці. Не включайте дохід від аліментів на дітей, додаткового соціального забезпечення (SSI), доходу ветеранів або компенсації працівникам. **За відсутності залиште порожнім.**

Тип доходу	Хто його отримує?	Скільки?	Як часто?
<input type="checkbox"/> Соціальне страхування	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Раз на два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Щокварталу
<input type="checkbox"/> Пенсії	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Раз на два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Щокварталу
<input type="checkbox"/> Відсотки або дивіденди	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Раз на два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Щокварталу
<input type="checkbox"/> Виплати по інвалідності	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Раз на два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Щокварталу
<input type="checkbox"/> Виплати по безробіттю	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Раз на два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Щокварталу
<input type="checkbox"/> Інше _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Раз на два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця <input type="checkbox"/> Щокварталу

12. **Відрахування для домогосподарства.** Надайте нам інформацію про витрати, які члени вашого домогосподарства сплачують і які можна відняти від доходу при поданні податкової декларації. Надавши нам цю інформацію, ви можете знизити вартість медичного страхування. Якщо таких немає, залиште порожнім.

Тип відрахування	Хто?	Скільки?	Як часто?
<input type="checkbox"/> Сплачені аліменти	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця
<input type="checkbox"/> Відсотки за студентським кредитом	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця
<input type="checkbox"/> Інше	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця



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).

13. **Річний дохід домогосподарства:** Який ваш приблизний річний дохід домогосподарства на рік страхування (включаючи будь-які щомісячні зміни, бонуси, сезонний дохід тощо, за винятком загальних вирахувань)?

\$ _____

КРОК 5 Підпишіть цю заявку та поставте дату

- Я підписую цю заяву під загрозою покарання за неправдиві свідчення, що означає, що я дав/дала правдиві відповіді на всі питання цієї форми відповідно до своїх знань і переконань. Я розумію, що можу бути притягнутий(-а) до відповідальності згідно з федеральним законодавством та/або законодавством штату, якщо надам неправдиву інформацію.
- Я знаю, що маю повідомити купест, якщо щось зміниться в інформації, яку я надав(-ла) у цій заяві, протягом 30 днів з моменту змін. Я можу відвідати сайт kynect.ky.gov або зателефонувати за номером **1-855-4kynect (459-6328)**, щоб повідомити про зміни. Я розумію, що зміна моєї інформації може вплинути на право членів мого домогосподарства на участь у програмі.
- Якщо я вважаю, що компанія купест припустилася помилки, я можу оскаржити її рішення. Оскарження означає повідомити представника компанії купест про те, що я вважаю дію неправильною, і попросити справедливий перегляд рішення. Я знаю, що мене може представляти інша особа під час процесу. Мені пояснять моє право на участь та іншу важливу інформацію.
- Я знаю, що згідно з федеральним законодавством дискримінація за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності або інвалідності не допускається. Я можу подати скаргу на дискримінацію, відвідавши сайт www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Я розумію, що компанія купест перевірятиме мої відповіді, використовуючи інформацію з баз даних Податкової служби США (IRS), Адміністрації соціального забезпечення, Департаменту внутрішньої безпеки та/або будь-якого іншого надійного джерела. Якщо інформація не збігається, мене можуть попросити надіслати підтвердження.

Поновлення страхування в наступні роки. Щоб полегшити визначення моєї відповідності критеріям для отримання допомоги в оплаті медичного страхування в майбутні роки, я погоджуюся дозволити купест використовувати дані про доходи, включно з інформацією з податкових декларацій та інших надійних джерел. Компанія купест надсилатиме мені сповіщення, дозволитиме вносити будь-які зміни, і я зможу відмовитися в будь-який час.

Так, автоматично поновлювати мою відповідність критеріям на наступні: (виберіть один варіант)

- 5 років (максимально допустимий термін) 4 роки 3 роки 2 роки 1 рік
- Не використовуйте інформацію з податкових декларацій або інших джерел даних для поновлення мого страхування.

Згода на припинення покриття. Якщо будь-хто у моїй заявці зареєстрований у купест, а пізніше буде виявлено, що він/вона має інше відповідне медичне страхування (наприклад, Medicare, Medicaid або KCHIP), купест автоматично припинить його/її медичний план та стоматологічне страхування у компанії купест. Я розумію, що це допоможе гарантувати, що ті, хто має інше відповідне покриття, не залишатимуться зареєстрованими в медичному та стоматологічному покритті купест, де вони мали б сплачувати повну вартість. **Так**, я погоджуюся **Ні**, я не погоджуюся

Реєстрація виборців. Якщо я не зареєстрований(-а) як виборець або не зареєстрований(-а) за місцем мого поточного проживання, я можу вирішити зареєструватися на голосування, поставивши позначку навпроти «Так» нижче. Якщо я поставлю позначку «Так», мені буде надіслано заявку на реєстрацію виборця поштою. Вибір позначки «так» або «ні» нижче не впливає на результат розгляду цієї заявки.

- Так, я хочу подати заявку на реєстрацію для голосування. Заявку буде надіслано мені поштою. **Ні**, я не хочу реєструватися на голосування.



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).

Якщо будь-хто з цієї заявки має право на Medicaid або KCHIP:

- Я розумію, що якщо Medicaid оплачує медичні витрати, будь-які інші страхові виплати або юридичні компенсації будуть перераховані в Medicaid для відшкодування цих витрат.
- Я розумію, що моя заявка може бути переглянута для того, щоб переконатися, що відповідність критеріям було визначено правильно. Якщо мою заявку буде переглянуто, я маю співпрацювати з комісією.
- Чи є у будь-якої дитини в цій заявці один з батьків, який живе поза домом? Так Ні
- Якщо так, я надаю Кабінету з питань охорони здоров'я та послуг для сімей (CHFS), Службі підтримки дітей, право вимагати медичну підтримку від відсутнього батька (мати) дитини. Якщо я вважаю, що співпраця зі Службою підтримки дітей зашкодить мені або моїм дітям, я можу повідомити про це CHFS, і мені не доведеться співпрацювати.

Підпис	Дата (дд/мм/рррр)
--------	-------------------



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).

Оцінювання потреб у ресурсах купест

Нижче представлена анкета з оцінювання потреб у додаткових ресурсах, заповнення якої є **добровільним** і не впливає на ваші пільги за програмою Medicaid. Ця анкета допоможе нам визначити та зрозуміти інші потреби, які можуть бути у вас і вашої родини, і які можуть вплинути на ваше здоров'я, тож ми зможемо надати вам доступ до суспільних ресурсів/послуг/програм, які можуть виявитися корисними, наприклад, транспорт, комунальні послуги, харчування, догляд за дітьми тощо. З результатами можна ознайомитися через обліковий запис купест на сайті <https://kynect.ky.gov/resources> або зателефонувавши за номером 2-1-1, і отримати інформацію про ресурси/послуги/програми спільноти.

Усі інші члени сім'ї можуть заповнити індивідуальну анкету для оцінювання потреб, увійшовши у свій обліковий запис купест на сайті <https://kynect.ky.gov/resources> або зателефонувавши за номером 2-1-1.

Обведіть кружечком літеру, яка найкраще описує вашу ситуацію.

1. Що найкраще описує вашу житлову ситуацію?

- a. У мене немає постійного житла.
- b. Я тимчасово живу в друга або члена сім'ї.
- c. Зараз я не сплачую орендну плату / іпотеку, і мені загрожує виселення.
- d. Я плачу за квартиру/іпотеку, але вона мені не по кишені (понад 30 % доходу).
- e. Зараз я користуюся програмою допомоги з оренди/іпотеки.
- f. Я плачу за оренду/іпотеку без проблем.

2. Що найкраще описує ситуацію з комунальними послугами (вода, електрика, опалення) у вашому будинку?

- a. У мене немає житла / я не плачу за комунальні послуги.
- b. Мені часто відключають комунікації через несплату.
- c. Я користуюся програмами, які допомагають оплачувати комунальні послуги.
- d. У мене бувають проблеми з оплатою комунальних послуг, але здебільшого я в змозі платити.
- e. Я в змозі оплачувати комунальні послуги так, щоб їх ніколи не відключали.

3. Що найкраще описує вашу поточну ситуацію з працевлаштуванням?

- a. Безробітний (-на).
- b. У мене є тимчасова, сезонна робота або робота із частковою зайнятістю, яка НЕ відповідає моїм потребам; мені потрібна додаткова зайнятість.
- c. Повний робочий день без пільг або з пільгами, які не відповідають моїм потребам.
(Примітка. До пільг можуть належати медичне, стоматологічне й офтальмологічне страхування, а також пенсійні пакети).
- d. У мене є тимчасова, сезонна робота або робота із частковою зайнятістю, яка ДІЙСНО відповідає моїм потребам; мені не потрібна додаткова зайнятість.
- e. Повний робочий день із пільгами, які відповідають моїм потребам.

4. Що найкраще описує вашу ситуацію з доходами?

- a. Доходу немає.
- b. Мій дохід нерегулярний.
- c. Мого доходу недостатньо для задоволення моїх потреб.
- d. Я можу задовольнити свої основні потреби за допомогою програм допомоги.
- e. Я можу задовольнити свої основні потреби без сторонньої допомоги.
- f. Мій дохід задовольняє мої потреби, добре організований, і я можу відкладати гроші.



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).

Комітет охорони здоров'я та сімейних
послуг штату Кентуккі
Департамент громадських послуг

5. Що найкраще описує вашу ситуацію з харчуванням?

- a. Я не можу купити їжу.
- b. Я можу купити їжу, але в мене немає ні місця, ні часу, щоб її приготувати.
- c. Моя сім'я отримує продовольчу допомогу, наприклад, за програмою SNAP (талони на харчування), або іншу продовольчу допомогу.
- d. Я можу задовольнити свої основні потреби в їжі, але час від часу мені потрібна допомога, наприклад благодійна їдальня.
- e. Я можу задовольнити свої основні потреби в їжі без сторонньої допомоги.
- f. Я можу купувати будь-яку їжу, яку забажає моя сім'я.

6. Що найкраще описує вашу ситуацію щодо догляду за дітьми?

- a. Мені потрібен догляд за дитиною, але зараз я не можу дозволити собі його.
- b. Я можу дозволити собі догляд за дитиною, але варіанти догляду за дитиною ненадійні або недоступні.
- c. У догляді за дитиною допомагає особистий друг або член сім'ї.
- d. Я можу вибрати якісний догляд за дітьми за бажанням.
- e. Зараз мені не потрібен догляд за дітьми.

7. Що найкраще характеризує ваш рівень освіти?

- a. У мене немає диплома середньої школи / документа про загальноосвітній розвиток, і мені потрібна допомога в читанні та письмі.
- b. У мене є диплом середньої школи / документ про загальноосвітній розвиток, але мовний бар'єр є перешкодою.
- c. У мене є диплом середньої школи / документ про загальноосвітній розвиток, але мені необхідна додаткова освіта/підготовка, щоби поліпшити ситуацію з працевлаштуванням.
- d. Я здобув (-ла) освіту/підготовку, необхідну для працевлаштування.
- e. Зараз я навчаюся в середній школі або в навчальному закладі.

8. Що найкраще описує ваше медичне страхування?

- a. У мене немає медичної страховки, і мені потрібна страховка якомога швидше.
- b. У мене немає медичної страховки та термінової необхідності в ній.
- c. Деякі члени моєї сім'ї (наприклад діти) мають медичну страховку, але мені потрібна допомога, щоб зрозуміти, як нею користуватися.
- d. Деякі члени моєї сім'ї (наприклад, діти) мають медичну страховку, і ми розуміємо, як нею користуватися.
- e. Усі члени моєї сім'ї застраховані доступною медичною страховкою, але мені потрібна допомога, щоб зрозуміти, як нею користуватися.
- f. Усі члени моєї сім'ї застраховані доступною медичною страховкою, і ми розуміємо, як нею користуватися.

9. Що найкраще описує вашу транспортну ситуацію?

- a. У мене немає доступу до транспорту.
- b. У мене є автомобіль, але я не вмю його водити або він ненадійний.
- c. Я користуюся громадським транспортом або велосипедом, але для мене це незручно або проблематично.
- d. Мені не потрібна допомога з транспортом.

10. Вам потрібна допомога, пов'язана із психічним здоров'ям?

- a. Так, мені потрібна допомога щодо мого психічного здоров'я.
- b. Ні, мені не потрібна допомога щодо мого психічного здоров'я.



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).

Комітет охорони здоров'я та сімейних
послуг штату Кентуккі
Департамент громадських послуг

- 11. Вам потрібна допомога, пов'язана із вживанням психоактивних речовин?**
- a. Так, мені потрібна допомога у зв'язку із вживанням психоактивних речовин.
 - b. Ні, мені не потрібна допомога у зв'язку із вживанням психоактивних речовин.
- 12. Вам потрібна допомога, пов'язана з домашнім насильством?**
- a. Так, мені потрібна допомога у зв'язку із домашнім насильством.
 - b. Ні, мені не потрібна допомога у зв'язку із домашнім насильством.
- 13. Що найкраще описує вашу ситуацію з доглядом за літніми людьми та/або людьми з інвалідністю?**
- a. Особисто мені або для когось, хто перебуває під моєю опікою через вік або інвалідність, терміново потрібна допомога.
 - b. Мені або комусь із тих, хто перебуває під моїм піклуванням, може знадобитися допомога в догляді через вік або інвалідність.
 - c. Мені не потрібна допомога з догляду за літніми людьми / людьми з інвалідністю.
- 14. Що найкраще описує ситуацію з навчанням ваших дітей у школі?**
- a. У мене є одна дитина або кілька дітей шкільного віку, які не відвідують школу.
 - b. Моя дитина або діти ходять до школи, але відвідують її лише частково.
 - c. Моя дитина або діти зараховані до школи та відвідують заняття більшу частину або весь час.
 - d. У мене немає дітей шкільного віку.
- 15. Що найкраще описує вашу здатність щодня задовольняти свої основні потреби?**
- a. У мене немає можливості задовольняти основні потреби, як-от їжа, одяг або місце для купання.
 - b. Я можу задовольнити деякі, але не всі свої основні потреби.
 - c. Я можу задовольнити більшість, але не всі свої основні потреби.
 - d. Я можу щодня задовольняти всі свої основні потреби.
- 16. Що найкраще описує ваші соціальні зв'язки та дружні стосунки?**
- a. Я самотній (-ня) та/або не хочу спілкуватися з людьми.
 - b. Я хотів (-ла) би більше спілкуватись із сім'єю або колективом, але мені потрібно більше інформації або підтримки.
 - c. У мене міцна сім'я / соціальна підтримка та/або я беру активну участь у житті своєї спільноти або груп підтримки.
- 17. Що найкраще описує вашу потребу в юридичній підтримці?**
- a. У мене є невиконаний ордер (ордери) або очікується пред'явлення обвинувачення.
 - b. Я повністю дотримуюся умов умовного засудження або умовно-дострокового звільнення.
 - c. У мене немає кримінального минулого або на мене не відкривали кримінальних справ понад 12 місяців.
- 18. Що найкраще описує ваші батьківські навички?**
- a. Мені потрібна допомога, щоби покращити свої батьківські навички.
 - b. Мої батьківські навички відповідають вимогам або добре розвинені.
 - c. У мене немає дітей.



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).