



# Zdravstveno osiguranje i pomoć za plaćanje troškova Prijava za jednu osobu

STVARI KOJE TREBA ZNATI

Koristite ovu prijavu da vidite za koje vidove osiguranja ispunjavate uslove

- Besplatno ili jeftino osiguranje od Medicaid-a ili Programa dječjeg zdravstvenog osiguranja države Kentucky (KCHIP)
- Pomoć pri plaćanju koja vam može pomoći da platite svoje zdravstveno osiguranje
- Pristupačna zdravstvena osiguranja kojima se nudi sveobuhvatno osiguranje koje će vam pomoći da ostanete zdravi

Za koga je ova prijava?

Samce koji:

- Žive u državi Kentucky i planiraju ostati u državi Kentucky
- Nemaju izdržavana lica i ne mogu se prijaviti kao izdržavana lica na tuđoj poreskoj prijavi

Prijavite se brže preko Interneta

Prijavite se brže preko Interneta na [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov).

Šta bi vam mogli biti potrebno za prijavu

- Vaš broj socijalnog osiguranja (ili broj dokumenta ako ste legalni imigrant)
- Podaci o poslodavcu i prihodima (na primjer, platne liste, obrasci W-2, pismo o dodjeli ili izvještaji o platama i porezu)

Zašto tražimo ove podatke?

Tražimo vaš **broj socijalnog osiguranja (SSN)**, vaš **prihod** i druge podatke kako bismo vidjeli da li ispunjavate uslove i možete li dobiti bilo kakvu pomoć pri plaćanju troškova zdravstvenog osiguranja.

**Ako vam treba pomoć da dobijete SSN**, pozovite 1-800-772-1213 ili posjetite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov).

Korisnici teleprinteru (TTY) trebaju nazvati 1-800-325-0778.

Čuvamo privatnost svih podataka koje nam date u skladu sa zakonom. Brojevi socijalnog osiguranja se koriste za provjeru vašeg prihoda i za kompjutersko povezivanje s drugim agencijama kao što su Služba za zapošljavanje države Kentucky, Poreskom upravom i drugim odgovarajućim izvorima. Brojevi socijalnog osiguranja neće se koristiti za prijavu bilo koga Službi za državljanstvo i imigraciju Sjedinjenih Država (USCIS).

Koji su sljedeći koraci?

- Popunjenu, potpisanu prijavu pošaljite poštom ili faksom na:

Kynect Health Coverage  
P.O. Box 2104  
Frankfort, KY 40602

Faks: 1-502-573-2007

Da dobijete pomoć

- **Ako nemate sve podatke koje tražimo, svejedno pošaljite svoju prijavu.** Kontaktiraćemo vas za podatke koje nedostaju ako ne možemo donijeti odluku na osnovu podataka koje nam date.
- **Ako možemo donijeti odluku**, poslaćemo vam detaljne informacije o koracima koje ćete morati slijediti da biste odabrali osiguranje. Morat ćete otići na Internet, nazvati nas ili dobiti pomoć od predstavnika osiguranja ili kinektora da dobijete osiguranje.
- **Preko Interneta:** [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov)
- **Telefonom:** Pozovite korisničku podršku na **1-855-4kynect (459-6328)**
- **Lično:** Pronađite spisak mjesta u blizini mjesta gdje živite tako što ćete posjetiti našu internetsku stranicu ili nas pozvati.
- **En Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- **Za TTY usluge pozovite 1-855-459-6328**



# Zdravstveno osiguranje i pomoć za plaćanje troškova

## Prijava za jednu osobu

### 1. KORAK

### Recite nam nešto o sebi

Ako vam neko drugi pomaže da ispunite ovu prijavu, koristite **Dodatak B** da nam date informacije o toj osobi.)

1. Ime, srednje slovo, prezime, sufiks (**kako ju upisano na vašoj kartici socijalnog osiguranja**)

2. Broj socijalnog osiguranja (SSN)

3. Ako **želite osiguranje**, a niste dostavili SSN, izaberite razlog zašto ga niste dostavili.

- Prigovor iz vjerskih razloga     Podnio/la sam zahtjev za SSN     Ne ispunjavam uslove za dobijanje SSN  
 Nemam SSN i SSN mi se može izdati samo iz valjanog razloga nevezanog za posao     Odbijam dati SSN  
 Ne želim da ga dam, jer se ne prijavljujem za osiguranje

4. Datum rođenja (mm/dd/gggg)

5. Pol

- Muški  Ženski

6. Da li živite u državi Kentucky i planirate ostati u državi Kentucky?     Da     Ne

7. Kućna adresa -  **Označite ovo polje ako nemate kućnu adresu. Ispod ćete morati unijeti poštansku adresu.**

8. Grad

9. Država

10. Poštanski broj

11. Okrug

12. Poštanska adresa (**Potrebna je samo ako nije ista kao i kućna adresa**)

13. Grad

14. Država

15. Poštanski broj

16. Okrug

17. Glavni broj telefona     Kućni  Na poslu  Mobilni

18. Alternativni broj telefona

Kućni  Na poslu  Mobilni

19.  Označite ovdje da biste isključili slanje kynect tekstualnih poruka na vaš glavni broj telefona.

Označite ovdje da biste isključili slanje kynect tekstualnih poruka na vaš alternativni broj telefona.

20. Željeni govorni jezik (ako nije engleski)

21. Željeni pisani jezik (ako nije engleski)

22. **1095-A** kynect šalje vama i Poreskoj upravi radi prijavljivanja informacije o dobijanju osiguranja i iznosu pomoći za plaćanje koje je domaćinstvo primilo tokom pokrivenne godine, ako postoji. **Obrazac 1095-B** možete zatražiti tako što ćete pristupiti [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) ili kontaktirati DCBS ako ste imali Medicaid osiguranje tokom godine. Obrasci će vam biti poslani poštom ili, ako kreirate nalog na kynect-u, možemo vas umjesto toga obavijestiti putem e-pošte da je obrazac spreman za pregled. Ako želite da budete obaviješteni putem e-pošte, unesite svoju adresu e-pošte:

23. Da li ste imali završetak trudnoće (porođaj ili gubitak trudnoće) u posljednja tri mjeseca ili ste trenutno trudni?

Da. **Ako je odgovor da**, odgovorite na pitanja a–c.     Ne

a. Kada vam je termin za porođaj ili posljednji dan trudnoće? (mm/dd/gggg) \_\_\_\_\_



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)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

b. Koliko se djece očekuje/očekivalo s ovom trudnoćom? \_\_\_\_\_

c. Da li biste željeli da budete upućeni u program koji nudi hranu za žene, dojenčad i djecu (WIC)?  Da  Ne

24. Da li vam je ponuđeno zdravstveno osiguranje na osnovu posla (uključujući nečiji posao, kao što je posao roditelja)?  
 Da. **Ako je odgovor da**, trebate popuniti i priložiti **Dodatak A** uz ovu prijavu.  Ne

25. Da li trenutno imate ili vam je ponuđen aranžman zdravstvene nadoknade pojedinačnog osiguranja (ICHRA) ili HRA kvalifikovanog malog poslodavca (QSEHRA)?  
 Da. Ako je odgovor da, trebate **popuniti 4. korak** u ovoj prijavi.  Ne

26. Da li želite pomoć pri plaćanju medicinskih računa za posljednja 3 mjeseca?  Da  Ne  
**Ako da**, za koji(e) mjesec(e)?

27. Planirate li SLJEDEĆE GODINE podnijeti saveznu prijavu poreza na dohodak?  
(Možete se prijaviti za zdravstveno osiguranje čak i ako ne podnesete saveznu prijavu poreza na dohodak.)

**DA. Ako je odgovor da**, odgovorite na pitanja a i b.  **NE. Ako je odgovor ne**, idite na pitanje pod b.

a. Hoćete li podnijeti zahtjev kao samac bez izdržanih osoba?  Da  Ne  
**Ako je odgovor ne, nemojte dalje koristiti ovaj obrazac.** Koristite prijavu za *Zdravstveno osiguranje i pomoć za plaćanju troškova za više od jedne osobe* kako biste uvrstili svoje izdržavane osobe iz poreske prijave (čak i ako ne želite podnijeti zahtjev za zdravstveno osiguranje za njih.)

b. Da li ste prijavljeni kao izdržavano lice u tuđoj poreskoj prijavi?  Da  Ne  
**Ako je odgovor Da, nemojte dalje koristiti ovaj obrazac.** Morat ćete podnijeti zahtjev za osiguranje sa osobom koja vas je prijavila u svojoj poreskoj prijavi (čak i ako ta osoba ne želi osiguranje.)

28. Jeste li državljanin SAD-a ili građanin SAD-a?  
 Da  Ne

29. Ako ste državljanin ili građanin SAD-a, jeste li naturalizovani ili državljanin na osnovu porijekla?  Da  Ne

**Ako je odgovor da**, dostavite podatke za jedno od dolje navedenih.

Uvjerenje o naturalizaciji

• Broj potvrde o naturalizaciji: \_\_\_\_\_

• Imigrantski broj: \_\_\_\_\_

Uvjerenje o državljanstvu: \_\_\_\_\_

• Broj uvjerenja o državljanstvu: \_\_\_\_\_

• Imigrantski broj: \_\_\_\_\_

30. Ako niste državljanin ili građanin SAD-a, imate li status imigranta koji ispunjava uslove?

**Da.** Odgovorite na pitanja a–d u nastavku.

a. Vrsta imigracionog dokumenta: \_\_\_\_\_

b. ID broj dokumenta: \_\_\_\_\_

c. Da li živite u SAD-u od 1996. godine?  Da  Ne

d. Kog datuma ste stekli svoj trenutni imigracioni status? (mm/dd/gggg)

31. Imate li hitno medicinsko stanje?  Da  Ne

32. Da li ste veteran ili lice u aktivnoj službi Vojske SAD?  Da  No

33. Da li ste španskog ili latino porijekla? **(NIJE OBAVEZNO)**  Da  Ne

34. Rasa **(NIJE OBAVEZNO)**

Bijelac

Američki Indijanac

Filipinac

Vijetnamac

Guamanac ili Čamoro

Crnac ili

Starosjedilac

Japanac

Drugi azijat

Samoanac

Afroamerikanac

Aljaske

Korejac

Starosjedilac Havaja

Drugi stanovnik pacifičkih ostrva

Kinez

Indijac

35. Da li ste američki Indijanac ili starosjedilac Aljaske?

Da. Ako je odgovor **da**, popunite **Dodatak C** i pošaljite ga poštom zajedno s ovom prijavom.  Ne



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)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

---

36. Da li ste trenutno u zatvoru ili pritvoru ili ste pušteni u posljednja tri mjeseca?

Da. **Ako je odgovor da**, odgovorite na pitanja a–c.  Ne

a. Kada ste otišli u zatvor? (mm/dd/gggg) \_\_\_\_\_

b. Kada ste izašli iz zatvora? (mm/dd/gggg) \_\_\_\_\_

c. Da li trenutno čekate presudu?  Da  Ne

---

37. Da li vam je potrebna pomoć sa svakodnevnim aktivnostima (poput kupanja, oblačenja, itd.) ili živite u zdravstvenoj ustanovi ili staračkom domu?

Da  Ne

---

38. Da li ste slijepi ili trajni invalid?  Da  Ne

---

39. Da li ste dobijali Medicaid kada ste postali prestari da ispunjavate uslove za stavljanje pod starateljstvo?  Da  Ne

**Ako je odgovor da**, u kojoj ste državi živjeli? \_\_\_\_\_ Koliko ste imali godina?

---

40. Ako ovu prijavu popunjavate za osobu koja je nedavno preminula, unesite datum smrti preminule osobe: \_\_\_\_\_

---



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)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

## 2. KORAK

## Trenutni posao i podaci o prihodu

Koristite dodatne listove papira ako morate dodati više od dva posla.

<b>Prihod od posla 1</b>	1. Ko je vaš poslodavac?		
2. Koliko iznosi vaša <b>bruto</b> zarada (prije poreza)? \$	3. Koliko često? <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Mjesečno		
<b>4. AKO STE SAMOSTALNO ZAPOSLENA OSOBA</b> a. Vrsta posla _____	b. <b>Bruto</b> prihod _____ c. <b>Izdaci</b> za samostalno zapošljavanje _____ d. <b>NETO</b> prihod (bruto minus izdaci) _____	e. Koliko često? _____	

<b>Prihod od posla 2</b>	5. Ko je vaš poslodavac?		
6. Koliko iznosi vaša <b>bruto</b> zarada (prije poreza)? \$	7. Koliko često? <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Mjesečno		
<b>8. AKO STE SAMOSTALNO ZAPOSLENA OSOBA</b> a. Vrsta posla _____	<input type="checkbox"/> <b>Bruto</b> prihod _____ <input type="checkbox"/> <b>Izdaci</b> za samostalno zapošljavanje _____ <input type="checkbox"/> <b>NETO</b> prihod (bruto minus izdaci) _____	e. Koliko često? _____	

9. **Dodatni prihod:** Dostavite nam podatke o svim dodatnim prihodima koje ostvaruju članovi domaćinstva navedeni u ovoj prijavi. Ne navodite prihod od dječjeg doplatka, dodatnog socijalnog prihoda (SSI), boračkog dodatka, ili naknadu za radnike. **Ako se ništa ne odnosi, ostavite prazno.**

Vrsta prihoda	Ko ga prima?	Koliko?	Koliko često?
<input type="checkbox"/> Socijalno osiguranje	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno <input type="checkbox"/> Kvartalno
<input type="checkbox"/> Penzije	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno <input type="checkbox"/> Kvartalno
<input type="checkbox"/> Kamata ili dividenda	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno <input type="checkbox"/> Kvartalno
<input type="checkbox"/> Invalidnina	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno <input type="checkbox"/> Kvartalno
<input type="checkbox"/> Naknada za nezaposlenost	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno <input type="checkbox"/> Kvartalno
<input type="checkbox"/> Drugo _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno <input type="checkbox"/> Kvartalno

10. **Odbici za domaćinstvo:** Dajte nam podatke o onome što članovi vašeg domaćinstva plaćaju i što se može odbiti u prijavi poreza na dohodak. Davanjem tih podataka troškovi zdravstvenog osiguranja se mogu smanjiti. **Ako se ništa ne odnosi, ostavite prazno.**

Vrsta odbitka	Ko ga prima?	Koliko?	Koliko često?
<input type="checkbox"/> Isplata alimentacije	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno
<input type="checkbox"/> Kamata za studentski kredit	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno
<input type="checkbox"/> Drugo _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno

11. **Godišnji prihodi domaćinstva:** Koliki je vaš procjenjeni **godišnji prihod** domaćinstva za godinu osiguranja (uključujući sve mjesečne promjene, bonuse, sezonski prihod, itd, isključujući ukupne odbitke)?

\$ \_\_\_\_\_



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)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

### 3. KORAK Drugo zdravstveno osiguranje

Da li sada imate zdravstveno osiguranje, uključujući **stomatološko i veliko medicinsko osiguranje** koje nije Medicaid ili KCHIP?

DA. Ako je odgovor da, popunite podatke u nastavku.  NE.

Vrsta osiguranja \_\_\_\_\_ Broj polise \_\_\_\_\_  
Naziv vlasnika polise \_\_\_\_\_ Datum početka osiguranja \_\_\_\_\_  
Naziv osiguravajuće kuće \_\_\_\_\_ Datum isteka osiguranja \_\_\_\_\_  
Adresa osiguravajuće kuće \_\_\_\_\_

### 4. KORAK Aranžman zdravstvene nadoknade (HRA)

#### Podaci o RADNIKU i POSLODAVCU

1. Ime radnika (ime, srednje slovo, prezime)			
2. Naziv poslodavca		3. Identifikacioni broj poslodavca (EIN)	
4. Adresa poslodavca			
5. Grad	6. Država	7. Poštanski broj	
8. Ime kontakt osobe za poslodavca		9. Broj telefona za kontakt poslodavca	

#### Recite nam više o HRA koji nudi ovaj poslodavac

10. Koja vrsta HRA je u pitanju? <input type="checkbox"/> HRA pojedinačnog osiguranja (ICHRA) <input type="checkbox"/> HRA kvalifikovanog malog poslodavca (QSEHRA)	
11. Koji je datum početka i datum isteka HRA? a. Datum početka HRA (mm/dd/gggg): _____ b. Datum isteka HRA (mm/dd/gggg): _____	
12. Koji maksimalan iznos nadoknade za samostalno osiguranje nudi ovaj poslodavac? \$ _____	
13. Koliko često je taj iznos dostupan? <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno	
14. Ako vam je ponuđeno ICHRA, a još uvijek nemate osiguranje, a. hoćete li [60 dana od današnjeg datuma] moći koristiti HRA? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne b. Planirate li odustati od ovog HRA ako se utvrdi da ispunjavate uslove za pomoć pri plaćanju? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	



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)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

## 5. KORAK Potpišite i datirajte ovu prijavu

- Potpisujem ovu prijavu pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću, što znači da sam prema svom najboljem saznanju i uvjerenju dao/la istinite odgovore na sva pitanja u ovom obrascu. Upoznat/a sam da mogu biti prema saveznom zakonu mogu biti kažnjen ako dam lažne i/ili neistinite podatke.
- Upoznat/a sam da moram obavijestiti kynect ako se nešto promijeni od onoga što sam naveo u ovoj prijavi u roku od 30 dana od promjene. Mogu posjetiti [kynect.ky.gov](http://kynect.ky.gov) ili pozvati **1-855-4kynect (459-6328)** da prijavim sve promjene.
- Ako mislim da je kynect napravio grešku, mogu se žaliti na njihovu odluku. Žaliti se znači reći nekome u kynect-u da mislim da je neko postupanje pogrešno i tražiti pravičnu reviziju tog postupanja. Upoznat/a sam da me u procesu može predstavljati neko drugi osim mene. Objasniće mi se moja mogućnost ostvarivanja prava i druge važne informacije.
- Upoznat/a sam da prema saveznom zakonu diskriminacija nije dozvoljena na osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, pola, godina, seksualne orijentacije, rodnog identiteta ili invaliditeta. Mogu podnijeti pritužbu zbog diskriminacije tako što ću posjetiti [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Razumijem da će kynect provjeriti moje odgovore koristeći podatke u bazama podataka Poreske uprave (IRS), socijalnog osiguranja, Ministarstva državne bezbjednosti, i/ili bilo kojeg drugog pouzdanog izvora. Ako se podaci ne poklapaju, možda će biti zatraženo da pošaljem dokaz.

**Obnavljanje osiguranja u narednim godinama:** Kako bih lakše utvrdio/la da li imam pravo na pomoć pri plaćanju zdravstvenog osiguranja u narednim godinama, saglasan/na sam da kynect koristi podatke o prihodima, uključujući podatke iz poreskih prijava i drugih pouzdanih izvora podataka. kynect će mi poslati obavještenje, dozvoliti mi da izvršim bilo kakve promjene i mogu odustati u svakom trenutku.

**Da**, automatski obnovi moje pravo za sljedećih: (odaberite jedno)

- 5 godina (maksimalno dozvoljeno)  4 godine  3 godine  2 godine  1 godinu  
 Nemojte koristiti podatke iz poreskih prijava ili drugih izvora podataka za obnavljanje mog osiguranja.

**Saglasnost za raskid osiguranja:** Ako imam kynect i kasnije se utvrdi da imam drugo kvalifikovano zdravstveno osiguranje (kao što su Medicare, Medicaid ili KCHIP), kynect će automatski ukinuti moje kynect zdravstveno i stomatološko osiguranje. Potvrđujem da će ovo pomoći da se vodi računa da svako za koga se utvrdi da ima drugo kvalifikovano osiguranje neće više imati kynect zdravstveno i stomatološko osiguranje u kom slučaju bi morali platiti punu cijenu.  **Da**, slažem se  **Ne**, ne slažem se

**Registracija birača:** Ako nisam registrovan za glasanje ili nisam registrovan tamo gdje trenutno živim, mogu izabrati da se registrujem za glasanje tako što ću označiti da ispod. Ako označim da, poštom ću dobiti zahtjev za registraciju birača. Označavanje da ili ne ispod ne utiče na ishod ove prijave.

- Da**, želim da se prijavim za registraciju za glasanje. Prijava će mi biti poslana poštom.  **Ne**, ne želim da se registrujem za glasanje.

### Ako ispunjavam uslove za Medicaid:

- Razumijem da će, ako Medicaid plati troškove liječenja, bilo koje drugo zdravstveno osiguranje ili plaćanje zakonskog poravnanja ići Medicaid-u da mu se nadoknade troškovi.
- Razumijem da se moja prijava može razmotriti kako bismo bili sigurni da je ispravno utvrđeno ispunjavanje uslova. Ako moja prijava bude razmotrena, moram sarađivati tokom razmatranja.

Potpis

Datum (mm/dd/gggg)



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)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).



## procjenu potreba za kynect resursima

Slijedi dodatna procjena potreba za resursima koja je **dobrovoljna** i ne utiče na vaše Medicaid beneficije. Ova procjena nam pomaže da identifikujemo i razumijemo druge potrebe koje vi i vaše domaćinstvo možete imati i koje mogu da utiču na vaše zdravlje te da vas povežemo sa resursima/uslugama/programima zajednice koji mogu biti od pomoći, kao što su prijevoz, komunalije, hrana, briga o djeci itd. Svoje rezultate možete pregledati tako što ćete se prijaviti na svoj kynect nalog na <https://kynect.ky.gov/resources> ili pozvati 2-1-1 da vas uputi na resurse/usluge/programe zajednice.

Svi dodatni članovi domaćinstva mogu da završe sopstvenu procjenu individualnih potreba tako što će se prijaviti na svoj kynect nalog na mreži na <https://kynect.ky.gov/resources> ili pozivom na 2-1-1.

### **Zaokružite slovo koje najbolje opisuje vašu situaciju:**

#### **1. Šta najbolje opisuje vašu stambenu situaciju?**

- Nemam stabilno stanovanje.
- Privremeno živim sa prijateljem ili članom porodice.
- Trenutno ne plaćam stanarinu/hipoteku i u opasnosti sam od deložacije.
- Plaćam stanarinu/hipoteku, ali mi je to nepriuštivo (preko 30% prihoda).
- Trenutno koristim program pomoći za iznajmljivanje/hipoteku.
- Plaćam stanarinu/hipoteku bez poteškoća.

#### **2. Šta najbolje opisuje stanje vaše stambene komunalije (voda, struja, grijanje)?**

- Nemam stanovanje/nemam komunalije za moju stambenu situaciju.
- Često mi se gase komunalije zbog neplaćanja.
- Koristim programe koji pomažu u plaćanju komunalnih usluga.
- Imam problema s plaćanjem komunalija, ali uglavnom mogu platiti.
- Mogu platiti svoje komunalije tako da se nikada ne isključe.

#### **3. Šta najbolje opisuje vašu trenutnu situaciju sa zaposlenjem?**

- Nemam posao.
- Imam privremeni, sezonski ili honorarni posao koji NE zadovoljava moje potrebe, treba mi više posla.
- Puno radno vrijeme bez beneficija ili sa beneficijama koje ne zadovoljavaju moje potrebe.  
*(Napomena: Beneficije mogu uključivati medicinsko, stomatološko osiguranje i osiguranje vida i penzione pakete)*
- Imam privremeni, sezonski ili honorarni posao koji ZADOVOLJAVA moje potrebe, ne treba mi više posla.
- Puno radno vrijeme sa beneficijama koje zadovoljavaju moje potrebe.

#### **4. Šta najbolje opisuje vašu situaciju sa prihodom?**

- Nemam prihoda.
- Moja primanja nisu redovna.
- Moj prihod nije dovoljan da zadovolji moje potrebe.
- Svoje osnovne potrebe mogu zadovoljiti uz pomoć programa pomoći.
- Svoje osnovne potrebe mogu zadovoljiti bez pomoći.
- Moj prihod zadovoljava moje potrebe, njime se dobro upravlja i mogu uštedjeti.



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)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).



**5. Šta najbolje opisuje vašu situaciju sa hranom?**

- a. Nemam za hranu.
- b. Mogu da nabavim hranu, ali nemam ni prostora ni vremena da priprelim obrok.
- c. Moje domaćinstvo prima pomoć za hranu kao što je SNAP (bonovi za hranu) ili drugu pomoć u hrani.
- d. Mogu zadovoljiti svoje osnovne potrebe za hranom, ali mi je potrebna povremena pomoć kao što je javna kuhinja.
- e. Svoje osnovne potrebe za hranom mogu zadovoljiti bez pomoći.
- f. Mogu izabrati da kupim bilo koju hranu koju moje domaćinstvo želi.

**6. Šta najbolje opisuje vašu situaciju u vezi brige o djeci?**

- a. Trebam čuvanje djece, ali trenutno ne mogu priuštiti čuvanje djece.
- b. Mogu priuštiti brigu o djeci, ali opcije za brigu o djeci su nepouzidane ili nedostupne.
- c. Brigu o djeci pruža lični prijatelj ili član porodice.
- d. Mogu odabrati kvalitetnu brigu o djeci po svom izboru.
- e. Ne treba mi čuvanje djece u ovom trenutku.

**7. Šta najbolje opisuje vaš nivo obrazovanja?**

- a. Nemam srednjoškolsku diplomu/GED ili mi je potrebna pomoć u čitanju i pisanju.
- b. Imam srednjoškolsku diplomu/GED, ali jezik mi predstavlja barijeru.
- c. Imam srednjoškolsku diplomu/GED, ali mi je potrebno dodatna edukacija /obuka da bih poboljšao svoju situaciju na poslu.
- d. Završio sam edukaciju/obuku potrebnu za zaposlenje.
- e. Trenutno sam u srednjoj školi ili u ustanovi za edukaciju/obuku.

**8. Šta najbolje opisuje vaše zdravstveno osiguranje?**

- a. Nemam zdravstveno osiguranje i treba mi pokriće što je prije moguće.
- b. Nemam zdravstveno osiguranje i nemam hitnu potrebu za pokrićem.
- c. Neki članovi mog domaćinstva (kao što su djeca) imaju zdravstveno osiguranje, ali želim pomoć u razumijevanju kako ga koristiti.
- d. Neki članovi mog domaćinstva (kao što su djeca) imaju zdravstveno osiguranje i razumijemo kako ga koristiti.
- e. Svi članovi mog domaćinstva su pokriveni pristupačnim zdravstvenim osiguranjem, ali želim pomoć u razumijevanju kako ga koristiti.
- f. Svi članovi mog domaćinstva su pokriveni pristupačnim zdravstvenim osiguranjem i razumijemo kako ga koristiti.

**9. Šta najbolje opisuje vašu situaciju u vezi prijevoza?**

- a. Nemam pristup prijevozu.
- b. Imam auto ali ne mogu da ga vozim ili je nepouzdan.
- c. Koristim javni prijevoz ili bicikl, ali je to nezgodno ili ograničeno.
- d. Ne treba mi pomoć oko prijevoza.

**10. Da li su vam potrebni resursi vezani za mentalno zdravlje?**

- a. Da, potrebna mi je pomoć oko mog mentalnog zdravlja.
- b. Ne, nije mi potrebna pomoć u pogledu mog mentalnog zdravlja.



**11. Da li su vam potrebni resursi vezani za upotrebu narkotika?**

- a. Da, potrebni su mi resursi za upotrebu narkotika.
- b. Ne, nisu mi potrebni resursi za upotrebu narkotika.

**12. Da li su vam potrebni resursi u vezi sa nasiljem u porodici?**

- a. Da, potrebni su mi resursi za nasiljem u porodici.
- b. Ne, nisu mi potrebni resursi za nasiljem u porodici.

**13. Šta najbolje opisuje Vašu situaciju za brigu o starima i/ili invalidima?**

- a. Trebam hitnu pomoć za sebe ili nekoga ko je pod mojom brigom zbog godina ili invaliditeta.
- b. Ja ili neko o kome se brinem mogao bi koristiti pomoć u njezi zbog godina ili invaliditeta.
- c. Nemam potrebu za pomoći u brizi o starima/invalidima.

**14. Šta najbolje opisuje školsko iskustvo vaše djece?**

- a. Imam jedno ili više djece školskog uzrasta koja nisu upisana u školu.
- b. Moje dijete ili djeca su upisana u školu, ali je pohađaju samo dio vremena.
- c. Moje dijete ili djeca su upisana i pohađaju nastavu većinu ili cijelo vrijeme.
- d. Nemam djece školskog uzrasta.

**15. Šta najbolje opisuje vašu sposobnost da svakodnevno ispunjavate svoje osnovne potrebe?**

- a. Nemam mogućnost da zadovoljim osnovne potrebe kao što su hrana, odjeća ili mjesto za redovno kupanje.
- b. Mogu zadovoljiti nekoliko, ali ne i sve svoje osnovne potrebe.
- c. Mogu zadovoljiti većinu, ali ne i sve svoje osnovne potrebe.
- d. Svakodnevno sam u mogućnosti da zadovoljim sve svoje osnovne potrebe.

**16. Šta najbolje opisuje vaše društvene veze i prijateljstva?**

- a. Izoliran sam i/ili ne želim komunicirati s ljudima.
- b. Volio bih da budem više uključen/uključena u porodicu ili grupe, ali treba mi više informacija ili podrške.
- c. Imam jaku porodičnu/društvenu podršku i/ili sam aktivno uključen/uključena u svoju zajednicu ili grupe za podršku.

**17. Šta najbolje opisuje vašu potrebu za pravnom podrškom?**

- a. Imam nepodmireni(e) nalog(e) ili imam neriješene troškove.
- b. U potpunosti se pridržavam uslova uslovne kazne.
- c. Nemam istoriju krivičnih djela ili nisam bio uključen/uključena u krivično pravosuđe više od 12 mjeseci.

**18. Šta najbolje opisuje vaše roditeljske vještine?**

- a. Potrebni su mi resursi da poboljšam svoje roditeljske vještine.
- b. Moje roditeljske vještine su adekvatne ili dobro razvijene.
- c. Nemam djece

