



Медицинское страхование и помощь в оплате расходов Заявка на одного человека

ЧТО СЛЕДУЕТ ЗНАТЬ

Используйте данное приложение, чтобы узнать, на какие варианты страхования вы имеете право

- Бесплатная или недорогая страховка от Medicaid или Программы медицинского страхования детей штата Кентукки (KCHIP)
- Помощь в оплате, которая поможет вам оплатить медицинское страхование
- Доступные планы медицинского страхования, которые предлагают комплексное покрытие, которое поможет вам оставаться здоровым.

Для кого это приложение?

Одинокие лица, которые:

- живут в штате Кентукки и планируют остаться в штате Кентукки.
- Не имеют иждивенцев и не могут быть указаны в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации

подавайте заявку быстрее онлайн

Подайте заявку быстрее онлайн на сайте www.kynect.ky.gov.

Что вам может понадобиться для подачи заявления

- Ваш номер социального страхования (или номер документа, если вы легальный иммигрант)
- Информация о работодателе и доходах (например, квитанции о заработной плате, формы W-2, письмо о вознаграждении или отчеты о заработной плате и налогах)

Почему мы запрашиваем эту информацию?

Мы запрашиваем ваш номер социального страхования (SSN), ваш доход и другую информацию, чтобы узнать, имеете ли вы право на участие и можете ли вы получить какую-либо помощь в оплате расходов на медицинское страхование.

Если вам нужна помощь в получении номера социального страхования (SSN), позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт socialsecurity.gov. Пользователи ТТУ должны позвонить по номеру 1-800-325-0778.

Мы сохраним конфиденциальность всей предоставленной вами информации, как того требует закон. Номера социального страхования используются для подтверждения вашего дохода и для компьютерного сопоставления с другими агентствами, такими как Департамент занятости Кентукки, Налоговая служба и другие источники сопоставления. Номера социального страхования не будут использоваться для сообщения о ком-либо в Службу гражданства и иммиграции США (USCIS).

Что будет дальше?

- Отправьте заполненное подписанное заявление по почте или по факсу по адресу:

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

Факс: 1-502-573-2007

- Если у вас нет всей информации, которую мы запрашиваем, все равно подайте заявку. Мы свяжемся с вами для получения недостающей информации, если не сможем принять решение, основанное на информации, которую вы нам предоставляете.
- Если мы сможем принять решение, мы вышлем вам подробную информацию о шагах, которые вам нужно будет выполнить, чтобы выбрать план. Чтобы зарегистрироваться в плане, вам нужно будет выйти в Интернет, позвонить нам или получить помощь от страхового агента или кинектора.
- **Онлайн:** www.kynect.ky.gov.
- **По телефону:** Позвоните в службу поддержки клиентов по телефону 1-855-4kynect (459-6328)
- **Лично:** Найдите список мест рядом с местом вашего проживания, посетив наш сайт или позвонив нам.
- **En Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al 1-855- 4kynect (459-6328)
- Для телетайпа звоните по телефону 1-855-459-6328

Чтобы получить помощь



Медицинское страхование и помощь в оплате расходов помощи на одного человека

ШАГ 1 Расскажите нам о себе

Если кто-то другой помогает вам заполнить это заявление, используйте Приложение Б, чтобы предоставить нам информацию об этом человеке.)

1. Имя, инициал отчества, фамилия и суффикс (как указано на карточке социального страхования)

2. Номер социального страхования (SSN)

3. Если вы **хотите страховое покрытие**, а SSN не предоставлен, выберите причину его непредоставления.

- Религиозные возражения Подал заявление на получение SSN Не имею права на получение SSN
 У вас нет SSN, и он может быть выдан только по уважительной причине, не связанной с работой
 Отказываюсь предоставить SSN
 Я не хочу предоставлять, так как не подаю заявку на страховое покрытие

4. Дата рождения (мм / дд / гггг)

5. Пол

- Мужчина Женщина

6. Вы живете в Кентукки и планируете остаться в Кентукки? Да Нет

7. Домашний адрес — Если у вас нет домашнего адреса, отметьте здесь. Вам все равно придется ввести почтовый адрес ниже.

8. Город

9. Штат

10. Почтовый индекс

11. Округ

12. Почтовый адрес (требуется только в том случае, если он отличается от домашнего адреса)

13. Город

14. Штат

15. Почтовый индекс

16. Округ

17. Основной номер телефона Домашний
 Рабочий Мобильный

18. Дополнительный номер телефона
 Домашний Рабочий Мобильный

19. Установите здесь флажок, чтобы отказаться от получения текстовых сообщений Kynect на ваш основной номер телефона.

Установите здесь флажок, чтобы отказаться от получения текстовых сообщений Kynect на ваш дополнительный номер телефона.

20. Предпочтительный разговорный язык (если не английский)

21. Предпочтительный письменный язык (если не английский)

22. Kynect отправляет форму **1095-A** вам и в IRS для сообщения информации о регистрации и суммы помощи в оплате, полученной домохозяйством в течение года страхования, если таковая имеется. **Форму 1095-B** можно запросить на сайте www.kynect.ky.gov или связавшись с DCBS, если у вас было страховое покрытие Medicaid в течение года. Формы будут отправлены вам по почте, или, если вы создадите учетную запись на Kynect, мы можем уведомить вас по электронной почте о том, что форма готова к просмотру. Если вы хотите получать уведомления по электронной почте, введите свой адрес электронной почты:

23. Было ли у вас окончание беременности (роды или прерывание беременности) в течение последних трех месяцев или вы беременны в настоящее время? Да. Если да, ответьте на вопросы а–с. Нет
а. Какой срок родов или последний день беременности? (мм/дд/гггг) _____



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).

b. Сколько детей ожидается/ожидалось в результате этой беременности? _____

c. Хотели бы вы, чтобы вас направили в программу питания для женщин, младенцев и детей (WIC)? Да Нет

24. Предлагается ли вам медицинское страхование на работе (в том числе на чужой работе, например, на работе родителя)?

Да. **Если да**, вам необходимо будет заполнить и приложить **Приложение А** к этому заявлению. Нет

25. Вы в настоящее время зарегистрированы или имеете предложение по программе индивидуального медицинского страхования (ICHRA) или квалифицированного малого работодателя HRA (QSEHRA)?

Да. Если да, вам нужно будет **заполнить шаг 4** в этом заявлении. Нет

26. Вам нужна помощь в оплате медицинских счетов за последние 3 месяца? Да Нет

Если да, то в каком месяце(ах)?

27. Планируете ли вы подать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?

(Вы можете подать заявление на медицинскую страховку, даже если не подаете федеральную налоговую декларацию.)

ДА. Если да, ответьте на вопросы а и b. **НЕТ**. Если нет, перейдите к вопросу b.

a. Будете ли вы подавать заявление как одинокий человек, не имеющий иждивенцев? Да Нет

Если нет, прекратите использовать эту форму. Используйте *заявление на медицинское страхование и оплату помощи для более чем одного человека*, чтобы включить своих налоговых иждивенцев (даже если вы не хотите подавать заявление на медицинское страхование для них).

b. Вы заявлены как иждивенец в чьей-либо налоговой декларации? Да Нет

Если да, прекратите использовать эту форму. Вам нужно будет подать заявление на получение страхового покрытия к лицу, заявившему о вас в своей налоговой декларации (даже если это лицо не желает страхового покрытия).

28. Вы гражданин США или подданный США?

Да Нет

29. Если вы являетесь гражданином или подданным США, являетесь ли вы натурализованным или производным гражданином? Да Нет

Если да, предоставьте информацию по одному из приведенных ниже пунктов.

Свидетельство о натурализации

• Номер свидетельства о натурализации: _____

• Номер иммигранта: _____

Свидетельство о гражданстве: _____

• Номер свидетельства о гражданстве: _____

• Номер иммигранта: _____

30. Если вы не являетесь гражданином или натурализованным лицом США, имеете ли вы соответствующий иммиграционный статус?

Да. Ответьте на вопросы а–d ниже.

a. Тип иммиграционного документа: _____

b. Идентификационный номер документа: _____

c. Вы живете в США с 1996 года? Да Нет

d. Какого числа вы получили текущий иммиграционный статус? (мм/дд/гггг)

31. У вас есть неотложное медицинское состояние? Да Нет

32. Вы ветеран или действующий военнослужащий США? Да Нет

33. Вы испаноязычный, латиноамериканец или испанец по происхождению? (**НЕОБЯЗАТЕЛЬНО**) Да Нет

34. Раса (**НЕОБЯЗАТЕЛЬНО**)

Белый

Американский

Филиппинец

Вьетнамец

Коренной житель острова

Черный или афроамериканец

индеец

Японец

Другое азиат

Гуам или Чаморро

Китаец

Коренной житель Аляски

Кореец

Коренной гаваец

Самоанец

Индиец

Житель других островов Тихого океана



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).

35. Вы американский индеец или коренной житель Аляски?

Да. **Если да**, заполните **Приложение В** и отправьте его по почте вместе с этим заявлением. Нет

36. Находите ли вы в настоящее время в тюрьме или месте заключения или были ли вы освобождены в течение последних трех месяцев?

Да. **Если да**, ответьте на вопросы а–с. Нет

а. Когда вы сели в тюрьму? (мм/дд/гггг) _____

б. Когда вы вышли из тюрьмы? (мм/дд/гггг) _____

с. Вы сейчас ждете решения по обвинениям? Да Нет

37. Нужна ли вам помощь в повседневных делах (например, купание, одевание и т.д.) или вы живете в медицинском учреждении или доме престарелых?

Да Нет

38. Вы слепой или постоянный инвалид? Да Нет

39. Получали ли вы страховку Medicaid, когда стали слишком старыми, чтобы иметь право на помещение в приемную семью? Да Нет

Если да, то в каком штате вы жили? _____ Сколько вам было лет?

40. Если вы заполняете данное заявление от имени недавно скончавшегося человека, укажите дату смерти умершего: _____



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).

ШАГ 2. Информация о текущей работе и доходах

Используйте дополнительные листы бумаги, если вам нужно добавить более двух мест работы.

Доход от работы 1 1. Кто ваш работодатель?

2. Какова **валовая** сумма вашего дохода (до уплаты налогов)?
\$ _____

3. Как часто? Еженедельно Два раза в месяц
 Каждые две недели Ежемесячно

4. **ЕСЛИ САМОЗАНЯТНЫЙ**
а. Тип работы _____

b. **Валовый** доход _____

c. **Расходы** на самозанятость _____

d. **ЧИСТЫЙ** доход (валовый минус расходы) _____

e. Как часто?

Доход от работы 2 5. Кто ваш работодатель?

6. Какова **валовая** сумма вашего дохода (до уплаты налогов)?
\$ _____

7. Как часто? Еженедельно Два раза в месяц
 Каждые две недели Ежемесячно

8. **ЕСЛИ САМОЗАНЯТНЫЙ**
а. Тип работы _____

Валовый доход _____

Расходы на самозанятость _____

ЧИСТЫЙ доход (валовый минус расходы) _____

e. Как часто?

9. **Дополнительный доход:** Предоставьте нам информацию о любом дополнительном доходе, который могут получить члены семьи, указанные в этом заявлении. Не включайте доход от алиментов, дополнительный доход по страхованию (SSI), доход ветерана или Компенсацию рабочим. **Если нет, оставьте пустым.**

Тип дохода	Кто его получает?	Сколько?	Как часто?
<input type="checkbox"/> Социальное обеспечение	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально
<input type="checkbox"/> Пенсии	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально
<input type="checkbox"/> Проценты или дивиденды	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально
<input type="checkbox"/> Выплаты по инвалидности	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально
<input type="checkbox"/> Безработица	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально
<input type="checkbox"/> Другое _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально

10. **Домашние вычеты:** Предоставьте нам информацию о вещах, которые платят члены вашей семьи и которые могут быть вычтены из налоговой декларации. Предоставление нам этой информации может снизить стоимость медицинского страхования ниже. **Если нет, оставьте пустым.**

Тип вычета	Кто его получает?	Сколько?	Как часто?
<input type="checkbox"/> Алименты выплачены	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно
<input type="checkbox"/> Проценты по студенческому кредиту	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно
<input type="checkbox"/> Другое _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно

11. **Годовой семейный доход:** Каков ваш расчетный **годовой** семейный доход за год страхования (включая любые ежемесячные изменения, бонусы, сезонный доход и т. д., а также исключая общие вычеты)?
\$ _____



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).

ШАГ 3. Прочее медицинское страхование

Есть ли у вас сейчас медицинская страховка, включая **стоматологическую и основную медицинскую страховку**, кроме Medicaid или KCHIP?

ДА. Если да, заполните информацию ниже. **НЕТ.**

Тип покрытия _____ Дата начала покрытия _____

Имя страхователя _____ Номера полиса _____

Название страховой компании _____ Дата окончания покрытия _____

Адрес страховой компании _____

ШАГ 4. Механизм возмещения медицинских расходов

Информация о СОТРУДНИКЕ и РАБОТОДАТЕЛЕ

1. Имя сотрудника (имя, отчество, фамилия)			
2. Имя работодателя		3. Идентификационный номер работодателя (EIN)	
4. Адрес работодателя			
5. Город	6. Государство	7. Почтовый индекс	
8. Контактное имя работодателя		9. Контактный номер телефона работодателя	

Расскажите нам о HRA, предоставленном этим работодателем.

10. Что это за тип HRA? <input type="checkbox"/> HRA - индивидуальное страхование (ICHRA) <input type="checkbox"/> HRA квалифицированного малого работодателя (QSEHRA)	
11. Какова дата начала и дата окончания HRA? a. Дата начала HRA (мм/дд/гггг): _____ b. Дата окончания HRA (мм/дд/гггг): _____	
12. Какова максимальная сумма возмещения расходов, предлагаемая этим работодателем? \$ _____	
13. Как часто эта сумма будет доступна? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно	
14. Если у вас есть предложение ICHRA, но вы еще не зачислены, a. Сможете ли вы через [60 дней с текущей даты] использовать HRA? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет b. Планируете ли вы отказаться от участия в этом HRA, если будет установлено, что вы имеете право на помощь в выплате? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	



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).

ШАГ 5. Подпишите и поставьте дату на этом заявлении.

- Я подписываю это заявление под страхом наказания за лжесвидетельство, что означает, что я дал правдивые ответы на все вопросы в этой форме, насколько мне известно и убеждено. Я знаю, что могу быть подвергнут наказанию в соответствии с федеральным законом, если предоставлю ложную и/или неправдивую информацию.
- Я знаю, что должен сообщить Купект, если что-то изменится по сравнению с тем, что я написал в этом заявлении, в течение 30 дней с момента изменения. Я могу посетить сайт kynect.ky.gov или позвонить по телефону 1-855-4kynect (459-6328), чтобы сообщить о любых изменениях.
- Если я считаю, что Купект допустил ошибку, я могу обжаловать его решение. Подать апелляцию означает сообщить кому-либо в Купект, что я считаю действие неправильным, и попросить о справедливом рассмотрении этого действия. Я знаю, что в этом процессе меня может представлять кто-то другой, кроме меня самого. Мне разъяснят мое право на участие и другую важную информацию.
- Я знаю, что, согласно федеральному закону дискриминация не допускается по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или инвалидности. Я могу подать жалобу на дискриминацию, посетив сайт www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Я понимаю, что Купект проверит мои ответы, используя информацию в базах данных Налогового управления США (IRS), Социального обеспечения, Министерства внутренней безопасности и/или любого другого надежного источника. Если информация не совпадает, меня могут попросить прислать доказательства.

Продление покрытия в последующие годы. Чтобы облегчить определение моего права на помощь в оплате медицинского страхования в будущем, я соглашаюсь разрешить Купект использовать данные о доходах, включая информацию из налоговых деклараций и других надежных источников данных. Купект отправит мне уведомление, разрешит мне внести любые изменения, и я смогу отказаться в любое время.

Да, автоматически продлить мое право на следующее: (выберите одно)

- 5 лет (максимально разрешенный) 4 года 3 года 2 года 1 год
- Не используйте информацию из налоговых деклараций или других источников данных для продления моего страхового покрытия.

Согласие на прекращение покрытия. Если я зарегистрирован в программе Купект, а позже выяснилось, что у меня есть другое соответствующее медицинское страхование (например, Medicare, Medicaid или KCHIP), Купект автоматически прекратит действие моего плана медицинского страхования Купект и покрытия стоматологических услуг. Я признаю, что это поможет гарантировать, что любой, у кого будет обнаружено другое соответствующее страховое покрытие, не останется в программе медицинского и стоматологического страхования Купект, где ему придется оплатить полную стоимость. **Да**, согласен **Нет**, не согласен

Регистрация избирателей: Если я не зарегистрирован для голосования или не зарегистрирован там, где в настоящее время живу, я могу зарегистрироваться для голосования, отметив «Да» ниже. Если я отвечу утвердительно, я получу по почте заявление о регистрации избирателя. Если вы отметите «да» или «нет» ниже, это не повлияет на результат рассмотрения этого заявления.

- Да**, я хочу подать заявку на регистрацию для голосования. Заявление будет отправлено мне на почту.
- Нет**, я не хочу регистрироваться для голосования.

Если я имею право на Medicaid.

- Я понимаю, что если Medicaid оплатит медицинские расходы, любые другие платежи по медицинскому страхованию или юридическим выплатам пойдут в Medicaid для возмещения расходов.
- Я понимаю, что мое заявление может быть рассмотрено, чтобы убедиться в правильности определения права на участие. Если мое заявление рассматривается, я должен сотрудничать с рассмотрением.

Подпись

Дата (мм/дд/гггг)



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).

Оценка потребностей в ресурсах купест

Ниже представлена анкета по оценке потребностей в дополнительных ресурсах, которая является **добровольной** и не влияет на ваши льготы по программе Medicaid. Эта анкета поможет нам определить и понять другие потребности, которые могут быть у вас и вашей семьи, и которые могут повлиять на ваше здоровье, таким образом мы сможем предоставить вам доступ к общественным ресурсам/услугам/программам, которые могут оказаться полезными, например, транспорт, коммунальные услуги, питание, уход за детьми и т. д. С результатами можно ознакомиться через учетную запись купест на сайте:

<https://kynect.ky.gov/resources> или позвонив по номеру 2-1-1, получив информацию о ресурсах/услугах/программах сообщества.

Все остальные члены семьи могут заполнить индивидуальную анкету для оценки потребностей, войдя в свой аккаунт купест на сайте: <https://kynect.ky.gov/resources> или позвонив по номеру 2-1-1.

Обведите кружком букву, которая лучше всего описывает вашу ситуацию:

1. Что лучше всего описывает вашу жилищную ситуацию?

- a. У меня нет постоянного жилья.
- b. Я временно живу у друга или члена семьи.
- c. В настоящее время я не плачу арендную плату / ипотеку, и мне грозит выселение.
- d. Я плачу за квартиру/ипотеку, но она мне не по карману (более 30 % дохода).
- e. В настоящее время я пользуюсь программой помощи по аренде/ипотеке.
- f. Я плачу за аренду/ипотеку без проблем.

2. Что лучше всего описывает ситуацию с коммунальными услугами (вода, электричество, отопление) в вашем доме?

- a. У меня нет жилья / я не плачу за коммунальные услуги.
- b. Мне часто отключают коммуникации из-за неуплаты.
- c. Я пользуюсь программами, которые помогают оплачивать коммунальные услуги.
- d. У меня бывают проблемы с оплатой коммунальных услуг, но в основном я в состоянии платить.
- e. Я в состоянии оплачивать коммунальные услуги так, чтобы их никогда не отключали.

3. Что лучше всего описывает вашу текущую ситуацию с трудоустройством?

- a. Безработный (-ая).
- b. У меня есть временная, сезонная работа или работа с частичной занятостью, которая НЕ соответствует моим потребностям; мне нужна дополнительная занятость.
- c. Полный рабочий день без льгот или с льготами, которые не отвечают моим потребностям. *(Примечание: Льготы могут включать медицинское, стоматологическое и офтальмологическое страхование, а также пенсионные пакеты.)*
- d. У меня есть временная, сезонная работа или работа с частичной занятостью, которая **ДЕЙСТВИТЕЛЬНО** соответствует моим потребностям; мне не нужна дополнительная занятость.
- e. Полный рабочий день с льготами, которые соответствуют моим потребностям.



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

4. Что лучше всего описывает вашу ситуацию с доходами?

- a. Не имею дохода.
- b. Мой доход нерегулярный.
- c. Моего дохода недостаточно для удовлетворения моих потребностей.
- d. Я могу удовлетворить свои основные потребности с помощью программ помощи.
- e. Я могу удовлетворить свои основные потребности без посторонней помощи.
- f. Мой доход удовлетворяет мои потребности, я легко распоряжаюсь деньгами и могу откладывать их.

5. Что лучше всего описывает вашу ситуацию с питанием?

- a. Я не могу купить еду.
- b. Я могу купить еду, но у меня нет ни места, ни времени, чтобы приготовить еду.
- c. Моя семья получает продовольственную помощь, например, по программе SNAP (талоны на питание) или другую продовольственную помощь.
- d. Я могу удовлетворить свои основные потребности в пище, но время от времени мне требуется помощь, например, благотворительная столовая.
- e. Я могу удовлетворить свои основные потребности в пище без посторонней помощи.
- f. Я могу покупать любую еду, которую пожелает моя семья.

6. Что лучше всего описывает вашу ситуацию с уходом за детьми?

- a. Мне нужен уход за ребенком, но в данный момент я не могу позволить себе такой уход.
- b. Я могу позволить себе уход за ребенком, но варианты ухода за ребенком ненадежны или недоступны.
- c. Уход за ребенком обеспечивает личный друг или член семьи.
- d. Я могу выбрать качественный уход за детьми по желанию.
- e. В настоящее время мне не нужен уход за детьми.

7. Что лучше всего характеризует ваш уровень образования?

- a. У меня нет диплома средней школы / документа об общеобразовательном развитии, и мне нужна помощь в чтении и письме.
- b. У меня есть диплом средней школы / документ об общеобразовательном развитии, но языковой барьер является препятствием.
- c. У меня есть диплом средней школы / документ об общеобразовательном развитии, но мне необходимо дополнительное образование/подготовка, чтобы улучшить мою ситуацию с трудоустройством.
- d. Я получил (-а) образование/подготовку, необходимые для трудоустройства.
- e. В настоящее время я учусь в средней школе или в учебном заведении.

8. Что лучше всего описывает ваше медицинское страхование?

- a. У меня нет медицинской страховки, и мне нужна страховка как можно скорее.
- b. У меня нет медицинской страховки и нет срочной необходимости в ней.
- c. Некоторые члены моей семьи (например дети) имеют медицинскую страховку, но мне нужна помощь, чтобы понять, как ею пользоваться.
- d. Некоторые члены моей семьи (например дети) имеют медицинскую страховку, и мы понимаем, как ею пользоваться.
- e. Все члены моей семьи застрахованы доступной медицинской страховкой, но мне нужна помощь, чтобы понять, как ею пользоваться.
- f. Все члены моей семьи застрахованы доступной медицинской страховкой, и мы понимаем, как ею пользоваться.



9. Что лучше всего описывает вашу транспортную ситуацию?

- a. У меня нет доступа к транспорту.
- b. У меня есть машина, но я не умею ее водить или она ненадежна.
- c. Я пользуюсь общественным транспортом или велосипедом, но это неудобно или проблематично.
- d. Мне не нужна помощь с транспортом.

10. Вам нужна помощь, связанная с психическим благополучием?

- a. Да, мне нужна помощь с моим психическим здоровьем.
- b. Нет, я не нуждаюсь в помощи по поводу своего психического здоровья.

11. Вам нужна помощь в связи с употреблением психоактивных веществ?

- a. Да, я нуждаюсь в помощи в связи с употреблением психоактивных веществ.
- b. Нет, я не нуждаюсь в помощи в связи с употреблением психоактивных веществ.

12. Вам нужна помощь в связи с домашним насилием?

- a. Да, я нуждаюсь в помощи в связи с домашним насилием.
- b. Нет, я не нуждаюсь в помощи в связи с домашним насилием.

13. Что лучше всего описывает вашу ситуацию с уходом за пожилыми людьми и/или людьми с инвалидностью?

- a. Мне срочно нужна помощь для меня самого или для кого-то, кто находится на моем попечении в силу возраста или инвалидности.
- b. Мне или кому-то из тех, кто находится на моем попечении, может понадобиться помощь в уходе из-за возраста или инвалидности.
- c. Мне не нужна помощь по уходу за пожилыми людьми / людьми с инвалидностью.

14. Что лучше всего описывает ситуацию с обучением ваших детей в школе?

- a. У меня есть один ребенок или несколько детей школьного возраста, не посещающих школу.
- b. Мой ребенок или дети ходят в школу, но посещают ее только часть времени.
- c. Мой ребенок или дети зачислены в школу и посещают занятия большую часть или все время.
- d. У меня нет детей школьного возраста.

15. Что лучше всего описывает вашу способность ежедневно удовлетворять свои основные потребности?

- a. У меня нет возможности удовлетворять основные потребности, такие как еда, одежда или место для купания.
- b. Я могу удовлетворить некоторые, но не все свои основные потребности.
- c. Я могу удовлетворить большинство, но не все свои основные потребности.
- d. Я могу ежедневно удовлетворять все свои основные потребности.



Комитет здравоохранения и
семейных услуг штата Кентукки
Департамента общественных услуг

16. Что лучше всего описывает ваши социальные связи и дружеские отношения?

- a. Я одинок (-а) и/или не хочу общаться с людьми.
- b. Я хотел (-а) бы больше общаться с семьей или коллективом, но мне нужно больше информации или поддержки.
- c. У меня крепкая семья / социальная поддержка и/или я активно участвую в жизни своего сообщества или групп поддержки.

17. Что лучше всего описывает вашу потребность в юридической поддержке?

- a. У меня есть неисполненный ордер (ордера) или ожидается предъявление обвинения.
- b. Я полностью соблюдаю условия условного осуждения или условно-досрочного освобождения.
- c. У меня нет криминального прошлого или на меня не открывали уголовных дел более 12 месяцев.

18. Что лучше всего описывает ваши родительские навыки?

- a. Мне нужна помощь, чтобы улучшить свои родительские навыки.
- b. Мои родительские навыки соответствуют требованиям или хорошо развиты.
- c. У меня нет детей.



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).