



# Медичне страхування та допомога в оплаті витрат

## Заявка на одну особу

ЩО СЛІД ЗНАТИ

Використовуйте цю заявку, щоб дізнатися, на яке варіанти страхування ви маєте право.

- 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 страхування для підтримки вашого здоров'я

Для кого призначена ця заявка?

Неодружені особи, які:

- Мешкають у штаті Кентуккі та планують залишатися у штаті Кентуккі
- Не мають утриманців і не можуть бути заявлені як утриманці в податковій декларації іншої особи

Подайте заявку швидше онлайн

Подайте заявку швидше онлайн на сайті [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov).

Що вам може знадобитися для подання заявки

- 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)

Чому ми запитуємо цю інформацію?

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](http://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 звітування в Службу 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

Що буде далі?

- **Якщо у вас немає всієї необхідної інформації, все одно подайте заявку.** 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.

Щоб отримати допомогу

- **Вебсайт:** [www.kynect.ky.gov](http://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.
- **En Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al 1-855-4kynect (459-6328)
- **Щоб отримати послуги ТТУ, телефонуйте за номером 1-855-459-6328**

### КРОК 1 Розкажіть нам про себе

Якщо хтось інший допомагає вам заповнювати цю заявку, використовуйте **Додаток В**, щоб надати нам інформацію про цю особу.

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

2. Номер соціального страхування (SSN)

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     
  Відмова надати SSN  
 Я не хочу надавати, оскільки я не подаю заявку на страхування

4. Дата народження (дд/мм/рррр)

5. Стать

- Чоловік  Жінка

6. Ви живете в штаті Кентуккі і плануєте залишитися в Кентуккі?  Так  Ні

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

8. Місто

9. Штат

10. Поштовий індекс

11. Округ

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

13. Місто

14. Штат

15. Поштовий індекс

16. Округ

17. Основний номер телефону  Домашній  
 Робочий  Мобільний

18. Додатковий номер телефону  Домашній  
 Робочий  Мобільний

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

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

20. Бажана мова спілкування (якщо не англійська)

21. Бажана мова листування (якщо не англійська)

22. Форма **1095-A** надсилається вам і Податковій службі США (IRS) від kynect 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](http://www.kynect.ky.gov) або звернувшись до DCBS, якщо ви мали покриття Medicaid протягом року. Форми надсилатимуться вам поштою, або якщо ви створюєте обліковий запис у системі kynect, ми можемо натомість повідомити вас електронною поштою, що форма готова до перегляду. Якщо ви бажаєте отримувати повідомлення електронною поштою, введіть свою електронну адресу:



Якщо вам потрібна допомога з поданням заявки або ви хочете швидше подати заявку онлайн, перейдіть на сайт [www.kynect.ky.gov](http://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).

23. Чи закінчилася ваша вагітність (пологами або викиднем) за останні три місяці, або чи ви зараз вагітні?

Так. **Якщо так**, дайте відповіді на питання а–с.  Ні

а. Який термін пологів або останній термін вагітності? (дд/мм/рррр) \_\_\_\_\_



Якщо вам потрібна допомога з поданням заявки або ви хочете швидше подати заявку онлайн, перейдіть на сайт [www.kynect.ky.gov](http://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. Скільки дітей очікується/очікувалося від цієї вагітності? \_\_\_\_\_

c. Чи хотіли б ви отримати направлення до програми харчування для жінок, немовлят і дітей (WIC)?  Так  Ні

24. Чи отримали ви пропозицію медичного страхування через роботу (включно з пропозицією через роботу іншої особи, як-от роботу батьків)?

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

25. 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 **виконати крок 4** у цій заявці.  Ні

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

**Якщо так**, за який місяць (місяці)?

27. Чи плануєте ви 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 а й b.  **НІ. Якщо ні**, перейдіть до запитання b.

a. Чи будете ви подавати документи як неодружена особа без утриманців?  Так  Ні  
**Якщо ні, припиніть використовувати цю форму.** Використовуйте Заяву на медичне страхування та допомогу в оплаті витрат для кількох осіб, щоб включити своїх податкових утриманців (навіть якщо ви не хочете подавати заявку на медичне страхування для них).

b. Чи зазначено вас як утриманця у податковій декларації іншої особи?  Так  Ні  
**Якщо так, припиніть використовувати цю форму.** Вам потрібно буде подати заявку на отримання страхового покриття з особою, яка зазначає вас у своїй податковій декларації (навіть якщо ця особа не бажає отримати страхування).

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

29. 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: \_\_\_\_\_

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

**Так.** Дайте відповіді на запитання a–d 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)

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

32. Ви ветеран або діючий військовослужбовець США?  Так  Ні

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

34. 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"/> Корєєць     | <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](http://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).

---

35. Чи є ви американським індіанцем чи корінним жителем Аляски?

Так. Якщо так, заповніть **Додаток С** і надішліть його разом із цією заявкою.  Ні.

---

36. Чи перебуваєте ви зараз у в'язниці або тюрмі або чи були звільнені протягом останніх трьох місяців?

Так. **Якщо так**, дайте відповіді на питання а–с.  Ні

а. Коли ви потрапили до в'язниці? (дд/мм/рррр) \_\_\_\_\_

б. Коли ви вийшли з в'язниці? (дд/мм/рррр) \_\_\_\_\_

с. Чи очікуєте ви наразі на рішення щодо висунутих звинувачень?  Так  Ні

---

37. Чи потребуєте ви допомоги в повсякденних справах (наприклад, купання, одягання тощо) або чи живете в медичному закладі чи будинку престарілих?

Так  Ні

---

38. Чи маєте ви сліпоту або постійну інвалідність?  Так  Ні

---

39. Чи отримували ви допомогу Medicaid, коли досягли віку, при якому вже не мали права на розміщення в прийомну сім'ю?  Так  Ні

**Якщо так**, то в якому штаті ви жили? \_\_\_\_\_ Скільки вам було років?

---

40. Якщо ви заповнюєте цю заяву від імені людини, яка нещодавно померла, введіть дату смерті померлої особи: \_\_\_\_\_

---



Якщо вам потрібна допомога з поданням заявки або ви хочете швидше подати заявку онлайн, перейдіть на сайт [www.kynect.ky.gov](http://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 Інформація про поточну роботу та доходи

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

**Дохід від роботи 1** 1. Хто ваш роботодавець? \_\_\_\_\_

2. Яку **валову** суму ви заробляєте (до сплати податків)? \$ \_\_\_\_\_ 3. Як часто?  Щотижня  Двічі на місяць  
 Кожні два тижні  Щомісяця

4. **ЯКЩО ВИ САМОЗАЙНЯТІ** b. **Валовий** дохід \_\_\_\_\_ e. Як часто? \_\_\_\_\_  
a. Тип роботи \_\_\_\_\_ c. **Витрати** на самозайнятність \_\_\_\_\_  
d. **ЧИСТИЙ** дохід (валовий мінус витрати) \_\_\_\_\_

**Дохід від роботи 2** 5. Хто ваш роботодавець? \_\_\_\_\_

6. Яку **валову** суму ви заробляєте (до сплати податків)? \$ \_\_\_\_\_ 7. Як часто?  Щотижня  Двічі на місяць  
 Кожні два тижні  Щомісяця

8. **ЯКЩО ВИ САМОЗАЙНЯТІ**  **Валовий** дохід \_\_\_\_\_ e. Як часто? \_\_\_\_\_  
a. Тип роботи \_\_\_\_\_  **Витрати** на самозайнятність \_\_\_\_\_  
 **ЧИСТИЙ** дохід (валовий мінус витрати) \_\_\_\_\_

9. **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. **Якщо таких немає, 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

10. **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 його отримує?	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

11. **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)?  
\$ \_\_\_\_\_



Якщо вам потрібна допомога з поданням заявки або ви хочете швидше подати заявку онлайн, перейдіть на сайт [www.kynect.ky.gov](http://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 Інше медичне страхування

Чи маєте ви зараз інше медичне страхування, включно зі **стоматологічним та основним медичним страхуванням**, крім Medicaid або KCHIP?

ТАК. Якщо так, заповніть інформацію нижче.  НІ.

Тип страхування \_\_\_\_\_ Номер поліса \_\_\_\_\_

Ім'я страхувальника \_\_\_\_\_ Дата початку страхування \_\_\_\_\_

Назва страхової компанії \_\_\_\_\_ Дата закінчення страхування \_\_\_\_\_

Адреса страхової компанії \_\_\_\_\_

## КРОК 4 Програма відшкодування витрат на медичне обслуговування (HRA).

### Інформація про ПРАЦІВНИКА та РОБОТОДАВЦЯ

1. Ім'я працівника (ім'я, по батькові, прізвище)			
2. Найменування роботодавця		3. Ідентифікаційний номер роботодавця (EIN)	
4. Адреса роботодавця			
5. Місто	6. Штат	7. Поштовий індекс	
8. Контактна особа роботодавця		9. Контактний номер телефону роботодавця	

### Розкажіть нам про пропозицію HRA, яку надає цей роботодавець

10. Що це за тип HRA? <input type="checkbox"/> Відшкодування індивідуальних витрат на медичне обслуговування (ICHRA) <input type="checkbox"/> Відшкодування на медичне обслуговування для кваліфікованих малих роботодавців (QSEHRA)	
11. Яка дата початку та дата завершення дії HRA? a. Дата початку дії HRA (дд/мм/рррр): _____ b. Дата завершення дії HRA (дд/мм/рррр): _____	
12. Яка максимальна сума відшкодування, яку пропонує цей роботодавець? \$ _____	
13. Як часто ця сума буде доступною? <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця	
14. Якщо у вас є пропозиція ICHRA, але ви ще не зареєстровані a. Чи зможете ви через [60 днів від поточної дати] скористатися HRA? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні b. Чи плануєте ви відмовитися від такої пропозиції HRA, якщо буде визнано, що ви маєте право на допомогу в оплаті? <input type="checkbox"/> Так <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](http://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 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](http://kynect.ky.gov) або зателефонувати за номером **1-855-4kynect (459-6328)**, щоб повідомити про зміни.
- 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](http://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 страхування.** Якщо я зареєстрований(-а) у купест, а пізніше буде виявлено, що я маю інше відповідне медичне страхування (наприклад, Medicare, Medicaid або KCHIP), купест автоматично припинить мій 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 я маю право на Medicaid.

- 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 переглянута, я маю співпрацювати з комісією.

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](http://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?

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

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

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

#### 3. Що найкраще описує вашу поточну ситуацію з працевлаштуванням?

- Безробітний (-на).
- У мене є тимчасова, сезонна робота або робота із частковою зайнятістю, яка НЕ відповідає моїм потребам; мені потрібна додаткова зайнятість.
- 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).
- У мене є тимчасова, сезонна робота або робота із частковою зайнятістю, яка ДІЙСНО відповідає моїм потребам; мені не потрібна додаткова зайнятість.
- Повний робочий день із пільгами, які відповідають моїм потребам.

#### 4. Що найкраще описує вашу ситуацію з доходами?

- Доходу немає.
- Мій дохід нерегулярний.
- Мого доходу недостатньо для задоволення моїх потреб.
- Я можу задовольнити свої основні потреби за допомогою програм допомоги.
- Я можу задовольнити свої основні потреби без сторонньої допомоги.
- 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](http://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?**

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

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

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

**7. Що найкраще характеризує ваш рівень освіти?**

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

**8. Що найкраще описує ваше медичне страхування?**

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

**9. Що найкраще описує вашу транспортну ситуацію?**

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

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

- Так, мені потрібна допомога щодо мого психічного здоров'я.
- 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](http://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](http://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).