



Zdravstveno osiguranje i pomoć za plaćanje troškova

Prijava za više od jedne osobe

STVARI KOJE TREBA ZNATI

Koristite ovu prijavu da vidite za koje vidove osiguranja ispunjavate uslove

Za koga je ova prijava?

Prijavite se brže preko Interneta

Šta bi vam mogli biti potrebno za prijavu

Zašto tražimo ove podatke?

Koji su sljedeći koraci?

Da dobijete pomoć

- **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**

Članove domaćinstva (supružnici, partneri, djeca, ostalo) koji:

- Žive u državi Kentucky i planiraju ostati u državi Kentucky**
- Navedeni su u vašoj poreskoj prijavi, čak i ako ne žive s vama**
- Žive s vama, čak i ako poreske prijave nisu podnijete**

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

- 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)**

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

Čuvaćemo 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).

- Popunjenu, potpisanu prijavu pošaljite poštom ili faksom na:

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

- **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 za izaberete 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**
- **Telefonom:** Pozovite korisničku podršku na **1-855-4kynect (459-6328)**
- **Lično:** Pronađite spisak mjesta u blizini mjesta gdje živite tako što ćete posjetiti našu Internet stranicu ili nas pozvati.
- **Kontaktirajte predstavnika osiguranja ili kinektora:** Posjetite našu Internet stranicu ili pozovite 1-855- 4kynect (459-6328) za spisak predstavnika osiguranja i kinektora u vašoj blizini.
- **Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- **Korisnici TTY pozovite **1-855-459-6328****



Zdravstveno osiguranje i i pomoć za plaćanje troškova

Prijava za više od jedne osobe

1. KORAK Recite nam nešto o sebi (odgovorna strana)

Popunite ovaj dio prijave podacima o odgovornoj strani (čak i ako se odgovorna strana ne prijavljuje za osiguranje). Ako ovu prijavu popunjavate za nekog drugog, morate koristiti **Dodatak B** da unesete svoje kontakt podatke.



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na www.kynect.ky.gov ili pozovite **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

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

2. Broj socijalnog osiguranja (SSN) **Vaš SSN nam treba ako želite osiguranje i imate SSN.** Davanje vašeg SSN može biti od pomoći ako ni vi ne želite zdravstveno osiguranje jer može proces prijavljivanja.

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. Ako se prijavljujete za zdravstveno osiguranje, označite ovdje i odgovorite na sva pitanja.

Ako se **ne prijavljujete** za zdravstveno osiguranje, **nemojte odgovarati** na pitanja 26-34 na sljedećoj strani.

5. Datum rođenja (mm/dd/gggg)

6. Pol

- Muški Ženski

7. Da li živite u državi Kentucky i planirate ostati u državi Kentucky? (**Obavezno samo ako želite osiguranje**) Da Ne

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

9. Grad

10. Država

11. Poštanski broj

12. Okrug

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

14. Grad

15. Država

16. Poštanski broj

17. Okrug

18. Glavni broj telefona Kućni Na poslu Mobilni

19. Alternativni broj telefona

Kućni Na poslu Mobilni

20. 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.

21. Željeni govorni jezik (ako nije engleski)

22. Željeni pisani jezik (ako nije engleski)

23. **Obrazac 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 ili kontaktirati DCBS za svaku osobu u domaćinstvu koja je imale Medicaid osiguranje tokom godine. Obrasci se šalju poštom ili, ako kreirate nalog na kynect-u, možemo vas umjesto toga obavijestiti putem e-pošte da je/su obrazac/obrasci spreman/ni za pregled. Ako želite da budete obaviješteni putem e-pošte, unesite svoju adresu e-pošte:

24. Kao Odgovorna strana, 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-d. **NE. Ako je odgovor ne**, pređite na pitanje pod d.

a. U kom statusu podnosite prijavu? U braku, zajedničko podnošenje U braku, podnosim odvojeno

Jedna glava domaćinstva

b. Ako ste u braku, kako se zove suprug/a? _____

c. Imate li izdržavanih lica u svrhu poreza? Da Ne

Ako je odgovor da, navedite ime(na) izdržavanog(nih) lica: _____



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na www.kynect.ky.gov ili pozovite **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

d. Da li ste prijavljeni kao izdržavano lice u tuđoj poreskoj prijavi? Da Ne

Ako je odgovor da, navedite ime podnosioca poreske prijave: _____

U kakvom ste odnosu s podnosiocem poreske prijave? _____

25. Da li ste roditelj/njegovatelj nekoga u domaćinstvu? Da Ne

Ako je odgovor da, navedite ime člana domaćinstva: _____

Na sljedeća pitanja odgovorite samo ako želite osiguranje:

26. Da li vam je ponuđeno zdravstveno osiguranje na osnovu posla (uključujući nečiji posao, kao što je posao supružnika)?

Da. **Ako je odgovor da**, moraćete popuniti i priložiti **Dodatak A** uz ovu prijavu. Ne

27. 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**, moraćete dovršiti **3. korak HRA pitanja** u ovoj prijavi. Ne

28. Da li želite pomoć pri plaćanju medicinskih računa za posljednja 3 mjeseca? Da Ne

Ako da, za koji(e) mjesec(e)?

29. Jeste li državljanin SAD-a ili građanin SAD-a?

Da Ne

30. 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: _____

31. 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) _____

32. Imate li hitno medicinsko stanje? Da Ne

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

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

35. Rasa - (NIJE OBAVEZNO)

- | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bijelac | <input type="checkbox"/> Američki Indijanac | <input type="checkbox"/> Filipinac | <input type="checkbox"/> Vijetnamac | <input type="checkbox"/> Guamanac ili Čamoro |
| <input type="checkbox"/> Crnac ili Afroamerikanac | <input type="checkbox"/> Starosjedilac Aljaske | <input type="checkbox"/> Japanac | <input type="checkbox"/> Drugi Azijat | <input type="checkbox"/> Samoanac |
| <input type="checkbox"/> Kinez | <input type="checkbox"/> Indijac | <input type="checkbox"/> Korejac | <input type="checkbox"/> Starosjedilac Havaja | <input type="checkbox"/> Drugi stanovnik pacifičkih ostrva |

36. Ako ste nedavno ostali bez člana domaćinstva, možda možete dobiti pomoć za plaćanje njegovih/njenih medicinskih računa. Dajte nam sljedeće podatke o preminulom članu porodice:

Ime i prezime: _____ Datum rođenja: _____

Pol: Muški Ženski

Da li je ta osoba španskog ili latino porijekla? **(NIJE OBAVEZNO)** Da Ne

Rasa **(NIJE OBAVEZNO)**: _____



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na 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

Ostali članovi domaćinstva

Sada ćete nam morati dati podatke o ostalim članovima vašeg domaćinstva (navedite sve članove vašeg domaćinstva, čak i ako ne žele zdravstveno osiguranje). Navedite supružnika, djecu i druge koji žive u državi Kentucky i planiraju ostati u državi Kentucky, navedeni su u vašoj poreskoj prijavi (čak i ako ne žive s vama) i žive u vašem domaćinstvu, čak i ako poreska prijava nije podnijeta. Ako trebate navesti više od četiri osobe u ovoj prijavi, priložite dodatne stranice s njihovim podacima.

Počnite s članovima vašeg poreskog domaćinstva.



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na www.kynect.ky.gov ili pozovite **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Osoba 2

1. Ime, srednje slovo, prezime, sufiks (kako ju upisano na vašoj kartici socijalnog osiguranja)	2. Odnos s vama
3. Broj socijalnog osiguranja (SSN)	Treba nam SSN OSOBE 2 ako OSOBA 2 želi osiguranje i ima SSN. Davanje SSN može biti od pomoći ako ne podnosite prijavu za zdravstveno osiguranje jer može ubrzati proces prijavljivanja.
4. Ako OSOBA 2 želi osiguranje , a niste dostavili SSN, izaberite razlog zašto ga niste dostavili.	
<input type="checkbox"/> Prigovor iz vjerskih razloga <input type="checkbox"/> Podnio/la sam zahtjev za SSN <input type="checkbox"/> Novorođenče bez SSN	
<input type="checkbox"/> Ne ispunjavam uslove za dobijanje SSN	
<input type="checkbox"/> Nemam SSN i SSN mi se može izdati samo iz valjanog razloga nevezanog za posao <input type="checkbox"/> Odbijam dati SSN	
<input type="checkbox"/> Ne želim da ga dam, jer se ne prijavljujem za osiguranje	
5. Ako se OSOBA 2 prijavljuje za zdravstveno osiguranje, označite ovdje <input type="checkbox"/> i odgovorite na sva pitanja. Ako se OSOBA 2 ne prijavljuje za zdravstveno osiguranje, nemojte odgovarati na pitanja 12-20.	
6. Datum rođenja (mm/dd/gggg)	7. Pol <input type="checkbox"/> Muški <input type="checkbox"/> Ženski
8. Da li OSOBA 2 živi na istoj adresi kao i ODGOVORNA STRANA? <input type="checkbox"/> Da. Ako je odgovor da , nemojte upisivati adresu ispod. <input type="checkbox"/> Ne. Ako je odgovor ne , ispod unesite adresu OSOBE 2.	
9. Kućna adresa	10. Poštanska adresa (Potrebna je samo ako nije ista kao i kućna adresa)
11. Da li OSOBA 2 planira SLJEDEĆE GODINE podnijeti saveznu prijavu poreza na dohodak? (<i>Pojedinci se mogu prijaviti za zdravstveno osiguranje čak i ako ne podnesu saveznu prijavu poreza na dohodak.</i>)	
<input type="checkbox"/> DA. Ako je odgovor da , odgovorite na pitanja a-d. <input type="checkbox"/> NE. Ako je odgovor ne , pređite na pitanje pod d.	
a. U kom statusu OSOBA 2 podnosi prijavu? <input type="checkbox"/> U braku, zajedničko podnošenje <input type="checkbox"/> U braku, podnosi odvojeno <input type="checkbox"/> Jedna <input type="checkbox"/> glava domaćinstva	
b. Ako ste u braku, kako se zove suprug/a? _____	
c. Da li OSOBA 2 ima izdržavanih lica u svrhu poreza? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da , navedite ime(na) izdržavanog(nih) lica: _____	
d. Da li je OSOBA 2 prijavljena kao izdržavano lice u tuđoj poreskoj prijavi? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da , navedite ime podnosioca poreske prijave: _____ U kakvom odnosu je OSOBA 2 s podnosiocem poreske prijave? _____	
12. Da li ste roditelj/njegovatelj nekoga u domaćinstvu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da , navedite ime člana domaćinstva: _____	
13. Da li je OSOBI 2 ponuđeno zdravstveno osiguranje na osnovu posla (uključujući nečiji posao, kao što je posao roditelja ili supružnika)? <input type="checkbox"/> Da. Ako je odgovor da , moraćete popuniti i priložiti Dodatak A uz ovu prijavu. <input type="checkbox"/> Ne	
14. Da li OSOBA 2 trenutno ima ili joj je ponuđen aranžman zdravstvene nadoknade pojedinačnog osiguranja (ICHRA) ili HRA kvalifikovanog malog poslodavca (QSEHRA)? Da. Ako je odgovor da , moraćete dovršiti 3. korak HRA pitanja u ovoj prijavi. <input type="checkbox"/> Ne	
15. Da li OSOBA 2 želi pomoć pri plaćanju medicinskih računa za posljednja 3 mjeseca? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako da , za koji(e) mjesec(e)? _____	



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na www.kynect.ky.gov ili pozovite **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Osoba 3

1. Ime, srednje slovo, prezime, sufiks (kako ju upisano na vašoj kartici socijalnog osiguranja)	2. Odnos s vama
3. Broj socijalnog osiguranja (SSN)	Treba nam SSN OSOBE 3 ako OSOBA 3 želi osiguranje i ima SSN. Davanje SSN može biti od pomoći ako ne podnosite prijavu za zdravstveno osiguranje jer može ubrzati proces prijavljivanja.
4. Ako OSOBA 3 želi osiguranje , a niste dostavili SSN, izaberite razlog zašto ga niste dostavili.	
<input type="checkbox"/> Prigovor iz vjerskih razloga <input type="checkbox"/> Podnio/la sam zahtjev za SSN <input type="checkbox"/> Novorođenče bez SSN	
<input type="checkbox"/> Ne ispunjavam uslove za dobijanje SSN	
<input type="checkbox"/> Nemam SSN i SSN mi se može izdati samo iz valjanog razloga nevezanog za posao <input type="checkbox"/> Odbijam dati SSN	
<input type="checkbox"/> Ne želim da ga dam, jer se ne prijavljujem za osiguranje	
5. Ako se OSOBA 3 prijavljuje za zdravstveno osiguranje, označite ovdje <input type="checkbox"/> i odgovorite na sva pitanja. Ako se OSOBA 3 ne prijavljuje za zdravstveno osiguranje, nemojte odgovarati na pitanja 12-20.	
6. Datum rođenja (mm/dd/gggg)	7. Pol <input type="checkbox"/> Muški <input type="checkbox"/> Ženski
8. Da li OSOBA 3 živi na istoj adresi kao i ODGOVORNA STRANA? <input type="checkbox"/> Da. Ako je odgovor da , nemojte upisivati adresu ispod. <input type="checkbox"/> Ne. Ako je odgovor ne , ispod unesite adresu OSOBE 3.	
9. Kućna adresa	10. Poštanska adresa (Potrebna je samo ako nije ista kao i kućna adresa)
11. Da li OSOBA 3 planira SLJEDEĆE GODINE podnijeti saveznu prijavu poreza na dohodak? (<i>Pojedinci se mogu prijaviti za zdravstveno osiguranje čak i ako ne podnesu saveznu prijavu poreza na dohodak.</i>)	
<input type="checkbox"/> DA. Ako je odgovor da , odgovorite na pitanja a-d. <input type="checkbox"/> NE. Ako je odgovor ne , pređite na pitanje pod d.	
a. U kom statusu OSOBA 3 podnosi prijavu? <input type="checkbox"/> U braku, zajedničko podnošenje <input type="checkbox"/> U braku, podnosi odvojeno <input type="checkbox"/> Jedna <input type="checkbox"/> glava domaćinstva	
b. Ako ste u braku, kako se zove suprug/a? _____	
c. Da li OSOBA 3 ima izdržavanih lica u svrhu poreza? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da , navedite ime(na) izdržavanog(nih) lica: _____	
d. Da li je OSOBA 3 prijavljena kao izdržavano lice u tuđoj poreskoj prijavi? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da , navedite ime podnosioca poreske prijave: _____ U kakvom odnosu je OSOBA 3 s podnosiocem poreske prijave? _____	
12. Da li ste roditelj/njegovatelj nekoga u domaćinstvu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da , navedite ime člana domaćinstva: _____	
13. Da li je OSOBI 3 ponuđeno zdravstveno osiguranje na osnovu posla (uključujući nečiji posao, kao što je posao roditelja ili supružnika)? <input type="checkbox"/> Da. Ako je odgovor da , moraćete popuniti i priložiti Dodatak A uz ovu prijavu. <input type="checkbox"/> Ne	
14. Da li OSOBA 3 trenutno ima ili joj je ponuđen aranžman zdravstvene nadoknade pojedinačnog osiguranja (ICHRA) ili HRA kvalifikovanog malog poslodavca (QSEHRA)? <input type="checkbox"/> Da. Ako je odgovor da , moraćete dovršiti 3. korak HRA pitanja u ovoj prijavi. <input type="checkbox"/> Ne	
15. Da li OSOBA 3 želi pomoć pri plaćanju medicinskih računa za posljednja 3 mjeseca? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako da , za koji(e) mjesec(e)? _____	



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na www.kynect.ky.gov ili pozovite **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Osoba 4

1. Ime, srednje slovo, prezime, sufiks (kako ju upisano na vašoj kartici socijalnog osiguranja)	2. Odnos s vama
3. Broj socijalnog osiguranja (SSN)	Treba nam SSN OSOBE 4 ako OSOBA 4 želi osiguranje i ima SSN. Davanje SSN može biti od pomoći ako ne podnosite prijavu za zdravstveno osiguranje jer može ubrzati proces prijavljivanja.
4. Ako OSOBA 4 želi osiguranje , a niste dostavili SSN, izaberite razlog zašto ga niste dostavili.	
<input type="checkbox"/> Prigovor iz vjerskih razloga ispunjavam uslove za dobijanje SSN	
<input type="checkbox"/> Podnio/la sam zahtjev za SSN	
<input type="checkbox"/> Novorođenče bez SSN <input type="checkbox"/> Ne odbijam dati SSN	
<input type="checkbox"/> Nemam SSN i SSN mi se može izdati samo iz valjanog razloga nevezanog za posao	
<input type="checkbox"/> Ne želim da ga dam, jer se ne prijavljujem za osiguranje	
5. Ako se OSOBA 4 prijavljuje za zdravstveno osiguranje, označite ovdje <input type="checkbox"/> i odgovorite na sva pitanja. Ako se OSOBA 4 ne prijavljuje za zdravstveno osiguranje, nemojte odgovarati na pitanja 12-20.	
6. Datum rođenja (mm/dd/gggg)	7. Pol <input type="checkbox"/> Muški <input type="checkbox"/> Ženski
8. Da li OSOBA 4 živi na istoj adresi kao i ODGOVORNA STRANA? <input type="checkbox"/> Da. Ako je odgovor da , nemojte upisivati adresu ispod. <input type="checkbox"/> Ne. Ako je odgovor ne , ispod unesite adresu OSOBE 4.	
9. Kućna adresa	10. Poštanska adresa (Potrebna je samo ako nije ista kao i kućna adresa)
11. Da li OSOBA 4 planira SLJEDEĆE GODINE podnijeti saveznu prijavu poreza na dohodak? (<i>Pojedinci se mogu prijaviti za zdravstveno osiguranje čak i ako ne podnesu saveznu prijavu poreza na dohodak.</i>) <input type="checkbox"/> DA. Ako je odgovor da , odgovorite na pitanja a-d. <input type="checkbox"/> NE. Ako je odgovor ne , pređite na pitanje pod d.	
a. U kom statusu OSOBA 4 podnosi prijavu? <input type="checkbox"/> U braku, zajedničko podnošenje <input type="checkbox"/> U braku, podnosi odvojeno <input type="checkbox"/> Jedna <input type="checkbox"/> glava domaćinstva	
b. Ako ste u braku, kako se zove suprug/a? _____	
c. Da li OSOBA 4 ima izdržavanih lica u svrhu poreza? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da , navedite ime(na) izdržavanog(nih) lica: _____	
d. Da li je OSOBA 4 prijavljena kao izdržavano lice u tuđoj poreskoj prijavi? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da , navedite ime podnosioca poreske prijave: _____ U kakvom odnosu je OSOBA 4 s podnosiocem poreske prijave? _____	
12. Da li ste roditelj/njegovatelj nekoga u domaćinstvu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako je odgovor da , navedite ime člana domaćinstva: _____	
13. Da li je OSOBI 4 ponuđeno zdravstveno osiguranje na osnovu posla (uključujući nečiji posao, kao što je posao roditelja ili supružnika)? <input type="checkbox"/> Da. Ako je odgovor da , moraćete popuniti i priložiti Dodatak A uz ovu prijavu. <input type="checkbox"/> Ne	
14. Da li OSOBA 4 trenutno ima ili joj je ponuđen aranžman zdravstvene nadoknade pojedinačnog osiguranja (ICHRA) ili HRA kvalifikovanog malog poslodavca (QSEHRA)? <input type="checkbox"/> Da. Ako je odgovor da , moraćete dovršiti 3. korak HRA pitanja u ovoj prijavi. <input type="checkbox"/> Ne	
15. Da li OSOBA 4 želi pomoć pri plaćanju medicinskih računa za posljednja 3 mjeseca? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako da , za koji(e) mjesec(e)? _____	



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na www.kynect.ky.gov ili pozovite **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

<p>16. Da li je OSOBA 4 državljanin ili građanin SAD-a?</p> <p><input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>	<p>17. Ako je državljanin ili građanin SAD-a, da li je OSOBA 4 naturalizovani ili državljanin na osnovu porijekla? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p> <p>Ako je odgovor da, dostavite podatke za jedno od dolje navedenih.</p> <p><input type="checkbox"/> Uvjerenje o naturalizaciji</p> <ul style="list-style-type: none"> • Broj potvrde o naturalizaciji: _____ • Imigrantski broj: _____ <p><input type="checkbox"/> Uvjerenje o državljanstvu: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Broj uvjerenja o državljanstvu: _____ • Imigrantski broj: _____ 															
<p>18. Ako nije državljanin ili građanin SAD-a, imate li OSOBA 4 status imigranta koji ispunjava uslove?</p> <p><input type="checkbox"/> Da. Odgovorite na pitanja a–d u nastavku.</p> <p>a) Vrsta imigracionog dokumenta: _____</p> <p>b) ID broj dokumenta: _____</p> <p>c) Da li OSOBA 4 živi u SAD-u od 1996. godine? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p> <p>d) Kog datuma ste stekli svoj trenutni imigracioni status? (mm/dd/gggg) _____</p>																
<p>19. Ima li OSOBA 2 hitno medicinsko stanje? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>																
<p>20. Da li je OSOBA 4 veteran ili lice u aktivnoj službi Vojske SAD? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>																
<p>21. Da li je OSOBA 4 španskog ili latino porijekla? (NIJE OBAVEZNO) <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne</p>																
<p>22. Rasa - (NIJE OBAVEZNO)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bijelac</td> <td><input type="checkbox"/> Američki Indijanac</td> <td><input type="checkbox"/> Filipinac</td> <td><input type="checkbox"/> Vijetnamac</td> <td><input type="checkbox"/> Guamanac ili Čamoro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Crnac ili Afroamerikanac</td> <td><input type="checkbox"/> Starosjedilac Aljaske</td> <td><input type="checkbox"/> Japanac</td> <td><input type="checkbox"/> Drugi Azijat</td> <td><input type="checkbox"/> Samoanac</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinez</td> <td><input type="checkbox"/> Indijac</td> <td><input type="checkbox"/> Korejac</td> <td><input type="checkbox"/> Starosjedilac Havaja</td> <td><input type="checkbox"/> Drugi stanovnik pacifičkih ostrva</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Bijelac	<input type="checkbox"/> Američki Indijanac	<input type="checkbox"/> Filipinac	<input type="checkbox"/> Vijetnamac	<input type="checkbox"/> Guamanac ili Čamoro	<input type="checkbox"/> Crnac ili Afroamerikanac	<input type="checkbox"/> Starosjedilac Aljaske	<input type="checkbox"/> Japanac	<input type="checkbox"/> Drugi Azijat	<input type="checkbox"/> Samoanac	<input type="checkbox"/> Kinez	<input type="checkbox"/> Indijac	<input type="checkbox"/> Korejac	<input type="checkbox"/> Starosjedilac Havaja	<input type="checkbox"/> Drugi stanovnik pacifičkih ostrva
<input type="checkbox"/> Bijelac	<input type="checkbox"/> Američki Indijanac	<input type="checkbox"/> Filipinac	<input type="checkbox"/> Vijetnamac	<input type="checkbox"/> Guamanac ili Čamoro												
<input type="checkbox"/> Crnac ili Afroamerikanac	<input type="checkbox"/> Starosjedilac Aljaske	<input type="checkbox"/> Japanac	<input type="checkbox"/> Drugi Azijat	<input type="checkbox"/> Samoanac												
<input type="checkbox"/> Kinez	<input type="checkbox"/> Indijac	<input type="checkbox"/> Korejac	<input type="checkbox"/> Starosjedilac Havaja	<input type="checkbox"/> Drugi stanovnik pacifičkih ostrva												



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na 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

Dodatna pitanja

Ako je odgovor na sljedeća pitanja potvrđan za više osoba, upotrijebite dodatne listove papira da nam dostavite pojedinosti.

1. Da li je bilo ko iz ove prijave, a ko se prijavljuje za zdravstveno osiguranje **trenutno u zatvoru ili pritvoru** ili je pušten na slobodu u posljednja tri mjeseca?

DA. Ako je odgovor da, odgovorite na pitanja a-d. **NE. Ako je odgovor ne**, idite na pitanje pod 2.

a. Ko? _____

b. Kada je ta osoba otišla u zatvor? (mm/dd/gggg) _____

c. Kada je ta osoba izašla iz zatvora? (mm/dd/gggg) _____

d. Da li ta osoba trenutno čeka presudu? Da Ne

2. Da li je bilo koja osoba iz ove prijave imala završetak **trudnoće** (porođaj ili gubitak trudnoće) u posljednja tri mjeseca ili je **trenutno trudna**?

DA. Ako je odgovor da, odgovorite na pitanja a-d. **NE. Ako je odgovor ne**, idite na pitanje pod 3.

a. Ko? _____

b. Kada vam je termin za porođaj ili posljednji dan trudnoće? (mm/dd/gggg) _____

c. Koliko djece trebate/ste trebali roditi u ovoj trudnoći? _____

d. Da li bi ta osoba željele da bude upućena u WIC (program koji nudi hranu za žene, dojenčad i djecu)? Da Ne

3. Da li je bilo ko iz ove prijave **američki Indijanac ili starosjedilac Aljaske**?

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

NE. Ako je odgovor ne, idite na pitanje pod 4.

4. Da li je bilo kome iz ove prijave ko se prijavljuje za zdravstveno osiguranje potrebna pomoć sa svakodnevnim aktivnostima (poput kupanja, oblačenja, itd.) ili živite u zdravstvenoj ustanovi ili staračkom domu?

DA. Ako je odgovor da, kome? _____ **NE. Ako je odgovor ne**, idite na pitanje pod 5.

5. Da li je bilo ko iz ove prijave ko se prijavljuje za zdravstveno osiguranje **slijep ili trajni invalid**?

DA. Ako je odgovor da, ko? _____ **NE. Ako je odgovor ne**, idite na pitanje pod 6.

6. Da li bilo ko iz ove prijave i iz vašeg domaćinstva, a ko se prijavljuje za zdravstveno osiguranje, trenutno ima **drugo zdravstveno osiguranje**, uključujući stomatološko i veliko zdravstveno osiguranje koje nije Medicaid ili KCHIP?

DA. Ako je odgovor da, odgovorite na pitanja a–h. **NE. Ako je odgovor ne**, idite na pitanje pod 7.

a. Ko? _____

b. Vrsta osiguranja _____

c. Ime i prezime vlasnika police _____

d. Naziv osiguravajuće kuće _____

e. Adresa osiguravajuće kuće _____

f. Broj polise _____

g. Datum početka osiguranja _____

h. Datum isteka osiguranja _____

7. Da li je bilo ko iz vašeg domaćinstva dobijao Medicaid kada je postao/la prestar/a da ispunjava uslove za stavljanje pod starateljstvo? **DA. Ako je odgovor da**, ko? _____

U kojoj državi je živio/la? _____ Koliko je imao/la godina? _____

NE. Ako je odgovor ne, idite na **4. korak**.



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na www.kynect.ky.gov ili pozovite **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Podaci o RADNIKU i POSLODAVCU

Aranžman zdravstvene nadoknade (HRA): Dajte nam podatke o HRA.

8. Ime radnika (ime, srednje slovo, prezime)		
9. Naziv poslodavca		10. Identifikacioni broj poslodavca (EIN)
11. Adresa poslodavca		
12. Grad	13. Država	14. Poštanski broj
15. Ime kontakt osobe za poslodavca		16. Broj telefona za kontakt poslodavca
17. Kome je sve ovaj poslodavac ponudio HRA?		

- a. Da li ovaj poslodavac trenutno **nudi HRA** bilo kome iz vaše prijave za zdravstveno osiguranje?
- DA. Ako je odgovor da**, navedite imena osoba kojima je **ponuđen HRA (Označite polje ispod ako je osiguranje ponuđeno kao ICHRA ili QSEHRA za svaku osobu pojedinačno)**
- HRA pojedinačnog osiguranja (ICHRA) HRA kvalifikovanog malog poslodavca (QSEHRA) Ime i prezime:
Ime i prezime:
- NE. Ako je odgovor ne**, idite na j.

18. Ko sve ima HRA od ovog poslodavca?

- b. Da li ovaj poslodavac trenutno nudi HRA bilo kome iz vaše prijave za zdravstveno osiguranje?
- DA. Ako je odgovor da**, navedite imena osoba kojima je **ponuđen HRA (Označite polje ispod ako je osiguranje ponuđeno kao ICHRA ili QSEHRA za svaku osobu pojedinačno)**
- HRA pojedinačnog osiguranja (ICHRA) HRA kvalifikovanog malog poslodavca (QSEHRA) Ime i prezime:
Ime i prezime:
- NE. Ako je odgovor ne**, idite na j.

19. Recite nam više o HRA koji nudi ovaj poslodavac

- a. Koji je datum početka i datum isteka HRA?
- i. Datum početka HRA (mm/dd/gggg): _____
- ii. Datum isteka HRA (mm/dd/gggg): _____
- b. Koji maksimalan iznos nadoknade za samostalno osiguranje nudi ovaj poslodavac? \$ _____
- c. Koliko često je taj iznos dostupan? Sedmično Dva puta mjesečno Mjesečno
- d. Ako vam je ponuđeno ICHRA, a još uvijek nemate osiguranje,
- i. hoćete li [60 dana od današnjeg datuma] moći koristiti HRA? Da Ne
- ii. Planirate li odustati od ovog HRA ako se utvrdi da ispunjavate uslove za pomoć pri plaćanju? Da Ne



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na www.kynect.ky.gov ili pozovite **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

4. KORAK

Prihodi i odbici

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

Prihod od posla 1	1. Ko ostvaruje ovaj prihod?	2. Ko je poslodavac te osobe?
3. Koliko iznosi bruto iznos koji ta osoba zarađuje (prije poreza)? \$	4. Koliko često? <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Mjesečno	
5. AKO SE RADI O SAMOSTALNO ZAPOSLENOJ OSOBI a. Vrsta posla _____	b. Bruto prihod _____ c. Izdaci za samostalno zapošljavanje _____ d. NETO prihod (bruto minus izdaci) _____	e. Koliko često? _____
Prihod od posla 2	6. Ko ostvaruje ovaj prihod?	7. Ko je poslodavac te osobe?
8. Koliko iznosi bruto iznos koji ta osoba zarađuje (prije poreza)? \$	9. Koliko često? <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Mjesečno	
10. AKO SE RADI O SAMOSTALNO ZAPOSLENOJ OSOBI a. Vrsta posla _____	b. Bruto prihod _____ c. Izdaci za samostalno zapošljavanje _____ d. NETO prihod (bruto minus izdaci) _____	e. Koliko često? _____

11. **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

12. **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?	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



Ako vam je potrebna pomoć u vezi s prijavom ili da se brže prijavite putem interneta, idite na www.kynect.ky.gov ili pozovite 1-855-4kynect (459- 6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

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

\$ _____

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 i/ili zakonu savezne države 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 ili pozvati **1-855-4kynect (459-6328)** da prijavim sve promjene. Razumijem da promjena mojih podataka može uticati na ispunjavanje uslova člana(ova) mog domaćinstva.
- 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.
- 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 bilo ko iz moje prijave ima kynect i kasnije se utvrdi da ima drugo kvalifikovano zdravstveno osiguranje (kao što su Medicare, Medicaid ili KCHIP), kynect će automatski ukinuti njihovo 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 bilo ko iz ove prijave ispunjava uslove za Medicaid ili KCHIP:

- Razumijem da će, ako Medicaid plati troškove liječenja, bilo koje drugo zdravstveno osiguranje ili plaćanje zakonskog poravnjanja 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 saradivati tokom razmatranja.
- Da li jedan roditelj bilo kojeg djeteta iz ove prijave živi van doma? **Da** **Ne**
- Ako je odgovor da, dajem Službi za zdravstvene i porodične usluge (CHFS), Uredu za održavanje djece, pravo da izvrši medicinsku pomoć u ime odsutnog roditelja djeteta. Ako smatram da će saradnja sa Uredom za održavanje djece naškoditi meni ili mojoj djeci, mogu to reći CHFS-u i možda neću morati saradivati.

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

Obrazac KHBE-110

Rev. br. 06-2021

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/programme 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?

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

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

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

3. Šta najbolje opisuje vašu trenutnu situaciju sa zaposlenjem?

- a. Nemam posao.
- b. Imam privremeni, sezonski ili honorarni posao koji NE zadovoljava moje potrebe, treba mi više posla.
- c. 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)
- d. Imam privremeni, sezonski ili honorarni posao koji ZADOVOLJAVA moje potrebe, ne treba mi više posla.
- e. Puno radno vrijeme sa beneficijama koje zadovoljavaju moje potrebe.

4. Šta najbolje opisuje vašu situaciju sa prihodom?

- a. Nemam prihoda.
- b. Moja primanja nisu redovna.
- c. Moj prihod nije dovoljan da zadovolji moje potrebe.
- d. Svoje osnovne potrebe mogu zadovoljiti uz pomoć programa pomoći.
- e. Svoje osnovne potrebe mogu zadovoljiti bez pomoći.
- f. 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 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

