



Медицинское страхование и Помощь в оплате расходов

Заявление для более чем одного человека

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

Для кого это приложение?

подавайте заявку быстрее онлайн

Что вам может понадобиться для подачи заявления

Почему мы запрашиваем эту информацию?

Что будет дальше?

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

Члены домохозяйства (супруги, партнеры, дети и другие), которые:

- Живут в Кентукки и планируют остаться в Кентукки.
- Включены в вашу налоговую декларацию, даже если они не проживают с вами.
- Живут с вами, даже если налоги не поданы

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

- 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)

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 SSN, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите www.socialsecurity.gov.ua. 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).

- 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 на основе предоставленной вами информации.
- 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.

Чтобы получить помощь

- **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.
- **Свяжитесь со страховым агентом или кинектором:** Посетите наш веб-сайт или позвоните по телефону 1-855-4kynect (459-6328), чтобы получить список ближайших к вам страховых агентов и кинекторов.
- **Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- Пользователи **телетайпа** звонят по номеру **1-855-459-6328**



Медицинское страхование и Помощь в оплате расходов Заявление для более чем одного человека

ШАГ 1 Расскажите нам о себе (ответственная сторона)

Заполните эту часть заявления информацией об Ответственной стороне (даже если Ответственная сторона не подает заявку на страховое покрытие). Если вы заполняете это заявление для кого-то другого, вам необходимо использовать **Приложение Б** для указания своей контактной информации.



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).

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

2. Номер социального страхования (SSN)

Нам нужен ваш SSN, если вы хотите получить страховое покрытие и у вас есть SSN. Предоставление нам вашего SSN может быть полезно, если вы также не хотите получать медицинскую страховку, поскольку это может ускорить процесс подачи заявки.

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

- Религиозные возражения Подал заявление на получение SSN Не имеет 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. Если вы подаете заявление на медицинское страхование, отметьте здесь и ответьте на все вопросы.

Если вы **не подаете заявление** на медицинское страхование, **не отвечайте** на вопросы 26–34 на следующей странице.

5. Дата рождения (мм / дд / гггг)

6. Пол

- Мужчина Женщина

7. Вы живете в Кентукки и планируете остаться в Кентукки? (Требуется только в том случае, если вы хотите получить страховое покрытие) Да Нет

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

9. Город

10. Штат

11. Почтовый индекс

12. Округ

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

14. Город

15. Штат

16. Почтовый индекс

17. Округ

18. Основной номер телефона Домашний Рабочий Мобильный

19. Дополнительный номер телефона

- Домашний Рабочий Мобильный

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

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

21. Предпочитаемый разговорный язык (если не английский)

22. Предпочтительный письменный язык (если не английский)

23. **Форма 1095-А** отправляется Купекст вам и IRS для сообщения информации о регистрации и суммы помощи в оплате, полученной домохозяйством в течение года страхования, если таковая имеется. **Форму 1095-В** можно запросить на сайте www.kynect.ky.gov или связавшись с DCBS для каждого члена семьи, имевшего страховое покрытие Medicaid в течение года. Формы отправляются по почте, или, если вы создаете учетную запись на Купекст, вместо этого мы можем уведомить вас по электронной почте о том, что формы готовы к просмотру. Если вы хотите получать уведомления по электронной почте, введите свой адрес электронной почты:

24. Планируете ли вы, Ответственная сторона, 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 a–d. **НЕТ. Если нет,** перейдите к вопросу d.

a. Каков будет ваш статус подачи?

Женатые подают декларацию совместно

Женатые подают декларацию отдельно

Холост

Глава семьи

b. Если вы женаты, как зовут вашего супруга? _____

c. Есть ли у вас налоговые иждивенцы?

Да Нет

Если да, укажите имена иждивенцев: _____



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

d. Вы заявлены как иждивенец в чьей-либо налоговой декларации? Да Нет
Если да, укажите имя лица, подающего налоговую декларацию: _____
Как вы связаны с налоговиком? _____

25. Вы являетесь родителем/опекуном кого-либо из членов этого домохозяйства? Да Нет
Если да, укажите имя члена семьи: _____

Ответьте на следующие вопросы, только если вы хотите получить покрытие:

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

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

27. 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 ответить на **вопросы HRA Шага 3** в этом заявлении. Нет

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

Если да, то в каком месяце(ах)? _____

29. Вы гражданин США или подданный США?

Да Нет

30. 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: _____

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

Да. Ответьте на вопросы a–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) _____

32. У вас есть неотложное медицинское состояние? Да Нет

33. Вы ветеран или действующий военнослужащий США? Да Нет

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

35. Раса -

(НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)

| | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Белый | <input type="checkbox"/> Американский индеец | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Коренной житель острова Гуам или Чаморро |
| <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец | <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Японец | <input type="checkbox"/> Другое азиат | <input type="checkbox"/> Самоанец |
| <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Индеец | <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Коренной гаваец | <input type="checkbox"/> Житель других островов Тихого океана |

36. Если вы недавно потеряли члена семьи, вы можете получить помощь в оплате его/ее медицинских счетов.

Пожалуйста, предоставьте нам следующую информацию об умершем члене семьи:

Имя: _____ Дата рождения: _____

Пол: Мужской Женский

Этот человек испаноязычного, латиноамериканского или испанского происхождения?

(НЕОБЯЗАТЕЛЬНО) Да Нет

Раса **(НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)**: _____



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

ШАГ 2 Другие члены семьи

Далее вам нужно будет предоставить нам информацию о других членах вашей семьи (включая всех членов вашей семьи, даже если они не хотят иметь медицинскую страховку). Включите супруга, детей и других лиц, которые живут в Кентукки и планируют остаться в Кентукки, включены в вашу налоговую декларацию (даже если они не живут с вами) и проживают в вашей семье, даже если налоги не поданы. Если вам необходимо включить в это заявление более четырех человек, прикрепите дополнительные страницы с их информацией.

Начните с членов вашей налоговой семьи.



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).

Человек 2

| | |
|---|---|
| 1. Имя, инициал отчества, фамилия и суффикс (как указано на карточке социального страхования) | 2. Кем приходится вам |
| 3. Номер социального страхования (SSN) Нам нужен SSN ЛИЦА 2, если ЛИЦО 2 хочет получить страховое покрытие и имеет SSN. Предоставление нам SSN может быть полезно, если вы не подаете заявку на медицинское страхование, поскольку это может ускорить процесс подачи заявки. | |
| 4. Если ЛИЦО 2 желает получить страховое покрытие, а SSN не предоставлен, выберите причину его непредоставления. <input type="checkbox"/> Религиозные возражения <input type="checkbox"/> Подается заявление на получение SSN <input type="checkbox"/> Новорожденный без SSN <input type="checkbox"/> Не имеет права на получение SSN <input type="checkbox"/> У вас нет SSN, и он может быть выдан только по уважительной причине, не связанной с работой. <input type="checkbox"/> Отказываюсь предоставить SSN. <input type="checkbox"/> Я не хочу предоставлять, так как не подаю заявку на страховое покрытие | |
| 5. Если ЛИЦО 2 подает заявку на медицинское страхование, отметьте здесь <input type="checkbox"/> и ответьте на все вопросы. Если ЛИЦО 2 не подает заявление на получение медицинской страховки, не отвечайте на вопросы 12–20. | |
| 6. Дата рождения (мм / дд / гггг) | 7. Пол <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина |
| 8. Проживает ли ЛИЦО 2 по тому же адресу, что и ОТВЕТСТВЕННАЯ СТОРОНА? <input type="checkbox"/> Да. Если да , не вводите адрес ниже. <input type="checkbox"/> Нет. Если ЛИЦО 2 желает получить страховое покрытие, введите адрес ЛИЦА 2 ниже. | |
| 9. Домашний адрес | 10. Почтовый адрес (обязательно, если он отличается от домашнего адреса) |
| 11. Планирует ли ЛИЦО 2 подать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? (Люди могут подать заявку на медицинское страхование, даже если они не подают федеральную налоговую декларацию.) <input type="checkbox"/> ДА. Если да , ответьте на вопросы a–d. <input type="checkbox"/> НЕТ. Если нет , перейдите к вопросу d. a. Каков будет статус подачи заявления ЛИЦОМ 2? <input type="checkbox"/> Женатые подают декларацию совместно <input type="checkbox"/> Женатые подают декларацию отдельно <input type="checkbox"/> Холост <input type="checkbox"/> Глава семьи b. Если женат, как зовут супруга? _____ c. Есть ли у ЛИЦА 2 налоговые иждивенцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите имена иждивенцев: _____ d. Заявлено ли ЛИЦО 2 как иждивенец в чьей-либо налоговой декларации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите имя лица, подающего налоговую декларацию: _____ Как ЛИЦО 2 связано с подателем налоговой декларации? _____ | |
| 12. Вы являетесь родителем/опекуном кого-либо из членов этого домохозяйства? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите имя члена семьи: _____ | |
| 13. Предлагается ли ЛИЦО 2 медицинское страхование на работе (включая чужую работу, например, работу родителя или супруга)? <input type="checkbox"/> Да. Если да , вам необходимо будет заполнить и приложить Приложение А к этому заявлению. <input type="checkbox"/> Нет | |
| 14. Зарегистрировано ли ЛИЦО 2 в настоящее время или имеет ли он предложение по программе индивидуального медицинского страхования (ICHRA) или HRA квалифицированного малого работодателя (QSEHRA)? Да. Если да , вам нужно будет ответить на вопросы HRA Шага 3 в этом заявлении. <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).

15. Нужна ли ЛИЦО 2 помощь в оплате медицинских счетов за последние 3 месяца? Да Нет
Если да, то в каком месяце(ах)? _____

16. Является ли ЧЕЛОВЕК 2 гражданином или подданным США? Да Нет

17. Если ЛИЦО 2 является гражданином или подданным США, является ли ЛИЦО 2 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: _____

18. Если ЛИЦО 2 не является гражданином США или подданным США, имеет ли ЛИЦО 2 соответствующий иммиграционный статус?

Да. Ответьте на вопросы a–d ниже.

a) Тип иммиграционного документа: _____

b) Идентификационный номер документа: _____

c) Проживало ли ЛИЦО 2 в США с 1996 года? Да Нет

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

19. Есть ли у ЛИЦА 2 неотложное состояние здоровья? Да Нет

20. Является ли ЛИЦО 2 ветераном или действующим военнослужащим армии США? Да Нет

21. ЛИЦО 2 имеет испаноязычное, латиноамериканское или испанское происхождение? **(НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)** Да Нет

22. Раса - **(НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)**

| | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Белый | <input type="checkbox"/> Американский индеец | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Коренной житель острова Гуам или Чаморро |
| <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец | <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Японец | <input type="checkbox"/> Другое азиат | <input type="checkbox"/> Самоанец |
| <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Индеец | <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Коренной гаваец | <input type="checkbox"/> 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).

Человек 3

| | | |
|--|---|--|
| 1. Имя, инициал отчества, фамилия и суффикс (как указано на карточке социального страхования) | | 2. Кем приходится вам |
| 3. Номер социального страхования (SSN) | | Нам нужен SSN ЛИЦА 3, если ЛИЦО 3 хочет получить страховое покрытие и имеет SSN. Предоставление нам SSN может быть полезно, если вы не подаете заявление на медицинское страхование, поскольку это может ускорить процесс подачи заявления. |
| 4. Если ЛИЦО 3 желает получить страховое покрытие, а SSN не предоставлен, выберите причину его непредоставления. <input type="checkbox"/> Религиозные возражения <input type="checkbox"/> Подается заявление на получение SSN <input type="checkbox"/> Новорожденный без SSN <input type="checkbox"/> Не имеет права на получение SSN <input type="checkbox"/> У вас нет SSN, и он может быть выдан только по уважительной причине, не связанной с работой <input type="checkbox"/> Отказываюсь предоставить SSN. <input type="checkbox"/> Я не хочу предоставлять, так как не подаю заявку на страховое покрытие | | |
| 5. Если ЛИЦО 3 подает заявку на медицинское страхование, отметьте здесь <input type="checkbox"/> и ответьте на все вопросы. Если ЛИЦО 3 не подает заявление на получение медицинской страховки, не отвечайте на вопросы 12–20. | | |
| 6. Дата рождения (мм / дд / гггг) | 7. Пол <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина | |
| 8. Проживает ли ЛИЦО 3 по тому же адресу, что и ОТВЕТСТВЕННАЯ СТОРОНА? <input type="checkbox"/> Да. Если да , не вводите адрес ниже. <input type="checkbox"/> Нет. Если нет , введите адрес ЛИЦА 3 ниже. | | |
| 9. Домашний адрес | 10. Почтовый адрес (обязательно, если он отличается от домашнего адреса) | |
| 11. Планирует ли ЛИЦО 3 подать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? (Люди могут подать заявку на медицинское страхование, даже если они не подают федеральную налоговую декларацию.) <input type="checkbox"/> ДА. Если да , ответьте на вопросы a–d. <input type="checkbox"/> НЕТ. Если нет , перейдите к вопросу d. a. Каков будет статус подачи заявления ЛИЦОМ 3? <input type="checkbox"/> Женатые подают документы совместно <input type="checkbox"/> Женатые подают документы отдельно <input type="checkbox"/> Холост <input type="checkbox"/> Глава семьи b. Если женат, как зовут супруга? _____ c. Есть ли у ЛИЦА 3 налоговые иждивенцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите имена иждивенцев: _____ d. Заявлено ли ЛИЦО 3 как иждивенец в чьей-либо налоговой декларации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите имя лица, подающего налоговую декларацию: _____ Как ЛИЦО 3 связано с подателем налоговой декларации? _____ | | |
| 12. Вы являетесь родителем/опекуном кого-либо из членов этого домохозяйства? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите имя члена семьи: _____ | | |
| 13. Предлагается ли ЛИЦУ 3 медицинское страхование на работе (включая чужую работу, например, работу родителя или супруга)? <input type="checkbox"/> Да. Если да , вам необходимо будет заполнить и приложить Приложение А к этому заявлению. <input type="checkbox"/> Нет | | |
| 14. Зарегистрировано ли ЛИЦО 3 в настоящее время или имеет ли он предложение о возмещении расходов на индивидуальное медицинское страхование (ICHRA) или HRA квалифицированного малого работодателя (QSEHRA)? <input type="checkbox"/> Да. Если да , вам нужно будет ответить на вопросы HRA Шага 3 в этом заявлении. <input type="checkbox"/> Нет | | |
| 15. Нужна ли ЛИЦО 3 помощь в оплате медицинских счетов за последние 3 месяца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , то в каком месяце(ах)? _____ | | |



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).

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|---|------------------------------------|---|--|---|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|---|
| <p>16. Является ли ЛИЦО 3 гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> | <p>17. Если ЛИЦО 3 является гражданином или подданным США, является ли ЛИЦО 3 натурализованным или производным гражданином? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если да, предоставьте информацию по одному из приведенных ниже пунктов.</p> <p><input type="checkbox"/> Свидетельство о натурализации</p> <ul style="list-style-type: none"> • Номер свидетельства о натурализации: _____ • Номер иммигранта: _____ <p><input type="checkbox"/> Свидетельство о гражданстве: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Номер свидетельства о гражданстве: _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>18. Если ЛИЦО 3 не является гражданином США или подданным США, имеет ли ЛИЦО 3 соответствующий иммиграционный статус?</p> <p><input type="checkbox"/> Да. Ответьте на вопросы a–d ниже.</p> <p>a) Тип иммиграционного документа: _____</p> <p>b) Идентификационный номер документа: _____</p> <p>c) Проживало ли ЛИЦО 3 в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>d) Какого числа вы получили текущий иммиграционный статус? (мм/дд/гггг) _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>19. Есть ли у ЛИЦА 2 неотложное состояние здоровья? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>20. Является ли ЛИЦО 3 ветераном или действующим военнослужащим армии США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>21. ЛИЦО 3 имеет испаноязычное, латиноамериканское или испанское происхождение? (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>22. Раса - (НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Белый</td> <td><input type="checkbox"/> Американский индеец</td> <td><input type="checkbox"/> Филиппинец</td> <td><input type="checkbox"/> Вьетнамец</td> <td><input type="checkbox"/> Коренной житель острова Гуам или Чаморро</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец</td> <td><input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски</td> <td><input type="checkbox"/> Японец</td> <td><input type="checkbox"/> Другое азиат</td> <td><input type="checkbox"/> Самоанец</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Китаец</td> <td><input type="checkbox"/> Индеец</td> <td><input type="checkbox"/> Кореец</td> <td><input type="checkbox"/> Коренной гаваец</td> <td><input type="checkbox"/> Житель других островов Тихого океана</td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> Белый | <input type="checkbox"/> Американский индеец | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Коренной житель острова Гуам или Чаморро | <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец | <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Японец | <input type="checkbox"/> Другое азиат | <input type="checkbox"/> Самоанец | <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Индеец | <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Коренной гаваец | <input type="checkbox"/> Житель других островов Тихого океана |
| <input type="checkbox"/> Белый | <input type="checkbox"/> Американский индеец | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Коренной житель острова Гуам или Чаморро | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец | <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Японец | <input type="checkbox"/> Другое азиат | <input type="checkbox"/> Самоанец | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Индеец | <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Коренной гаваец | <input type="checkbox"/> 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).

Человек 4

| | |
|--|---|
| 1. Имя, инициал отчества, фамилия и суффикс (как указано на карточке социального страхования) | 2. Кем приходится вам |
| 3. Номер социального страхования (SSN) Нам нужен SSN ЛИЦА 4, если ЛИЦО 4 хочет получить страховое покрытие и имеет SSN. Предоставление нам SSN может оказаться полезным, если вы не подаете заявку на медицинское страхование, поскольку это может ускорить процесс подачи заявления. | |
| 4. Если ЛИЦО 4 желает получить страховое покрытие, а SSN не предоставлен, выберите причину его непредоставления. <input type="checkbox"/> Религиозные возражения <input type="checkbox"/> Подается заявление на получение SSN <input type="checkbox"/> Новорожденный без SSN <input type="checkbox"/> Не имеет права на получение SSN <input type="checkbox"/> У вас нет SSN, и он может быть выдан только по уважительной причине, не связанной с работой. <input type="checkbox"/> Отказываюсь предоставить SSN. <input type="checkbox"/> Я не хочу предоставлять, так как не подаю заявку на страховое покрытие | |
| 5. Если ЛИЦО 4 подает заявку на медицинское страхование, отметьте здесь <input type="checkbox"/> и ответьте на все вопросы. Если ЛИЦО 4 не подает заявление на получение медицинской страховки, не отвечайте на вопросы 12–20. | |
| 6. Дата рождения (мм / дд / гггг) | 7. Пол <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина |
| 8. Проживает ли ЛИЦО 4 по тому же адресу, что и ОТВЕТСТВЕННАЯ СТОРОНА? <input type="checkbox"/> Да. Если да , не вводите адрес ниже. <input type="checkbox"/> Нет. Если нет , введите адрес ЛИЦА 4 ниже. | |
| 9. Домашний адрес | 10. Почтовый адрес (обязательно, если он отличается от домашнего адреса) |
| 11. Планирует ли ЛИЦО 4 подать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? (Люди могут подать заявку на медицинское страхование, даже если они не подают федеральную налоговую декларацию.) <input type="checkbox"/> ДА. Если да , ответьте на вопросы a–d. <input type="checkbox"/> НЕТ. Если нет , перейдите к вопросу d. a. Каков будет статус подачи заявления ЛИЦОМ 4? <input type="checkbox"/> Женатые подают декларацию совместно <input type="checkbox"/> Женатые подают декларацию отдельно <input type="checkbox"/> Холост <input type="checkbox"/> Глава семьи b. Если женат, как зовут супруга? _____ c. Есть ли у ЛИЦА 4 налоговые иждивенцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите имена иждивенцев: _____ d. Заявлено ли ЛИЦО 4 как иждивенец в чьей-либо налоговой декларации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите имя лица, подающего налоговую декларацию: _____ Как ЛИЦО 4 связано с подателем налоговой декларации? _____ | |
| 12. Вы являетесь родителем/опекуном кого-либо из членов этого домохозяйства? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите имя члена семьи: _____ | |
| 13. Предлагается ли ЛИЦО 4 медицинское страхование на работе (включая чужую работу, например, работу родителя или супруга)? <input type="checkbox"/> Да. Если да , вам необходимо будет заполнить и приложить Приложение А к этому заявлению. <input type="checkbox"/> Нет | |
| 14. Зарегистрировано ли ЛИЦО 4 в настоящее время или имеет ли он предложение о возмещении расходов на индивидуальное медицинское страхование (ICHRA) или HRA квалифицированного малого работодателя (QSEHRA)? <input type="checkbox"/> Да. Если да , вам нужно будет ответить на вопросы HRA Шага 3 в этом заявлении. <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 **1-855-4кynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4кynect (459-6328).

15. Нужна ли ЛИЦО 4 помощь в оплате медицинских счетов за последние 3 месяца? Да Нет
Если да, то в каком месяце(ах)? _____

| | |
|--|---|
| <p>16. Является ли ЛИЦО 4 гражданином или подданным США?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> | <p>17. Если ЛИЦО 4 является гражданином или подданным США, является ли ЛИЦО 4 натурализованным или производным гражданином? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если да, предоставьте информацию по одному из приведенных ниже пунктов.</p> <p><input type="checkbox"/> Свидетельство о натурализации</p> <ul style="list-style-type: none"> • Номер свидетельства о натурализации: _____ • Номер иммигранта: _____ <p><input type="checkbox"/> Свидетельство о гражданстве: _____</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Номер свидетельства о гражданстве: _____ • Номер иммигранта: _____ |

18. Если ЛИЦО 4 не является гражданином США или подданным США, имеет ли ЛИЦО 4 соответствующий иммиграционный статус?

Да. Ответьте на вопросы a–d ниже.

a) Тип иммиграционного документа: _____

b) Идентификационный номер документа: _____

c) Проживало ли ЛИЦО 4 в США с 1996 года? Да Нет

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

19. Есть ли у ЛИЦА 2 неотложное состояние здоровья? Да Нет

20. Является ли ЛИЦО 4 ветераном или действующим военнослужащим армии США? Да Нет

21. ЛИЦО 4 имеет испаноязычное, латиноамериканское или испанское происхождение? **(НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)** Да Нет

22. Раса - **(НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)**

| | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Белый | <input type="checkbox"/> Американский индеец | <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Коренной житель острова Гуам или Чаморро |
| <input type="checkbox"/> Черный или афроамериканец | <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Японец | <input type="checkbox"/> Другое азиат | <input type="checkbox"/> Самоанец |
| <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Индеец | <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Коренной гаваец | <input type="checkbox"/> 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).

ШАГ 3

Дополнительный вопрос

Если ответ на следующие вопросы положительный для более чем одного человека, используйте дополнительные листы бумаги, чтобы сообщить нам подробную информацию.

1. Находится ли кто-либо из тех, кто подает заявку на медицинское страхование по этому заявлению, в настоящее время **в тюрьме или месте заключения** или был освобожден в течение последних трех месяцев?

ДА. Если да, ответьте на вопросы а–d. **НЕТ. Если нет**, переходите к вопросу 2.

- a. Кто? _____
- b. Когда этот человек попал в тюрьму? (мм/дд/гггг) _____
- c. Когда этот человек вышел из тюрьмы? (мм/дд/гггг) _____
- d. Ожидает ли этот человек в настоящее время решения по обвинению? Да Нет

2. Было ли у кого-либо из участников этого заявления **прерывание беременности** (роды или потеря беременности) в течение последних трех месяцев или **беременность в настоящее время**?

ДА. Если да, ответьте на вопросы а–d. **НЕТ. Если нет**, перейдите к вопросу 3.

- a. Кто? _____
- b. Какой срок родов или последний день беременности? (мм/дд/гггг) _____
- c. Сколько детей ожидается/ожидалось в результате этой беременности? _____
- d. Хотел бы этот человек, чтобы его направили в WIC (программу, предлагающую питание женщинам, младенцам и детям)? Да Нет

3. Есть ли в этом приложении кто-нибудь из **американских индейцев или коренных жителей Аляски**?

ДА. Если да, заполните **Приложение С** и отправьте его по почте вместе с этим заявлением.

НЕТ. Если нет, перейдите к вопросу 4.

4. Нужна ли кому-либо помощь в повседневной жизни (например, купание, одевание и т.д.), проживании в медицинском учреждении или доме престарелых?

ДА. Если да, то кто? _____ **НЕТ. Если нет**, переходите к вопросу 5.

5. Является ли кто-либо, подающий заявку на страховое покрытие по этому заявлению, **слепым или постоянным инвалидом**?

ДА. Если да, то кто? _____ **НЕТ. Если нет**, переходите к вопросу 6.

6. Есть ли у кого-либо из членов вашей семьи, кто подает заявку на медицинское страхование в этом заявлении, в настоящее время есть **другое медицинское страхование**, включая стоматологическое и основное медицинское страхование, кроме Medicaid или KCHIP?

ДА. Если да, ответьте на вопросы а–h. **НЕТ. Если нет**, переходите к вопросу 7.

- a. Кто? _____
- b. Тип покрытия _____
- c. Имя страхователя _____
- d. Название страховой компании _____
- e. Адрес страховой компании _____
- f. Номер полиса _____
- g. Дата начала покрытия _____
- h. Дата окончания покрытия _____

7. Получал ли кто-нибудь из членов вашей семьи Medicaid, когда он/она стал слишком стар, чтобы иметь право на помещение в приемную семью? **ДА. Если да**, то кто? _____

В каком штате он жил? _____ Сколько лет ему/ей было? _____

НЕТ. Если нет, перейдите к шагу 4.



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).

Информация о СОТРУДНИКЕ и РАБОТОДАТЕЛЕ

Механизм возмещения расходов на здравоохранение (HRA): Дайте нам информацию о HRA.

| | | |
|--|-----------------|--|
| 8. Имя сотрудника (имя, отчество, фамилия) | | |
| 9. Имя работодателя | | 10. Идентификационный номер работодателя (EIN) |
| 11. Адрес работодателя | | |
| 12. Город | 13. Государство | 14. Почтовый индекс |
| 15. Контактное имя работодателя | | 16. Контактный номер телефона работодателя |
| 17. У кого есть предложение HRA от этого работодателя? | | |

- a. **Предлагает** ли этот работодатель в настоящее время **HRA** кому-либо, кто указан в вашем заявлении на медицинское страхование?
- ДА. Если да**, перечислите имена лиц, которым **предлагается HRA (отметьте галочкой, если предлагается покрытие ICHRA или QSEHRA, для каждого человека ниже)**
- HRA индивидуального страхования (ICHRA) Имя HRA квалифицированного малого работодателя (QSEHRA):
Имя:
- НЕТ. Если нет**, перейдите к j.

18. Кто зарегистрирован в HRA этим работодателем?

- b. **Предлагает** ли этот работодатель в настоящее время HRA кому-либо, кто указан в вашем заявлении на медицинское страхование?
- ДА. Если да**, перечислите имена лиц, которым **предлагается HRA (отметьте галочкой, если предлагается покрытие ICHRA или QSEHRA, для каждого человека ниже)**
- HRA индивидуального страхования (ICHRA) Имя HRA квалифицированного малого работодателя (QSEHRA):
Имя:
- НЕТ. Если нет**, перейдите к j.

19. Расскажите нам о HRA, предоставленном этим работодателем

- a. Какова дата начала и дата окончания HRA?
- i. Дата начала HRA (мм/дд/гггг): _____
- ii. Дата окончания HRA (мм/дд/гггг): _____
- b. Какова максимальная сумма возмещения расходов, предлагаемая этим работодателем? \$
- c. Как часто эта сумма будет доступна? Еженедельно Два раза в месяц
_____ Ежемесячно
- d. Если у вас есть предложение ICHRA, но вы еще не зачислены,
- i. Сможете ли вы через [60 дней с текущей даты] использовать HRA? Да Нет
- ii. Планируете ли вы отказаться от участия в этом HRA, если будет установлено, что вы имеете право на помощь в выплате? Да 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 4. Доходы и отчисления

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

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Доход от работы 1 | 1. Кто получает этот доход? | 2. Кто работодатель этого человека? |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|

| | |
|--|--|
| 3. Какова валовая сумма дохода этого человека (до уплаты налогов)? \$ _____ | 4. Как часто? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно |
|--|--|

| | | |
|-----------------------------|--|---------------------|
| 5. ЕСЛИ САМОЗАНЯТНЫЙ | b. Валовый доход _____ | e. Как часто? _____ |
| a. Тип работы _____ | c. Расходы на самозанятость _____ | |
| | d. ЧИСТЫЙ доход (валовый минус расходы) _____ | |

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Доход от работы 2 | 6. Кто получает этот доход? | 7. Кто работодатель этого человека? |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|

| | |
|--|--|
| 8. Какова валовая сумма дохода этого человека (до уплаты налогов)? \$ _____ | 9. Как часто? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно |
|--|--|

| | | |
|------------------------------|--|---------------------|
| 10. ЕСЛИ САМОЗАНЯТНЫЙ | b. Валовый доход _____ | e. Как часто? _____ |
| a. Тип работы _____ | c. Расходы на самозанятость _____ | |
| | d. ЧИСТЫЙ доход (валовый минус расходы) _____ | |

11. **Дополнительный доход:** Предоставьте нам информацию о любом дополнительном доходе, который могут получить члены семьи, указанные в этом заявлении. Не включайте доход от алиментов, дополнительный социальный доход (SSI), доход ветерана или компенсацию работнику. **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 |

12. **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 увеличить стоимость медицинского страхования. **Если нет, оставьте пустым.**

| Тип вычета | Кто? | 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 |



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).

13. **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)?

\$ _____

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 на меня могут быть наложены штрафы в соответствии с федеральным законодательством и/или законодательством штата, если я 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. Я понимаю, что изменение моей информации может повлиять на право на участие в программе члена(ов) моей семьи.
- 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 кто-либо, указанный в моем заявлении, зарегистрирован в программе Купект, а позже будет обнаружено, что у него есть другое соответствующее медицинское страхование (например, Medicare, Medicaid или KCHIP), Купект автоматически прекратит действие своего медицинского плана Купект и стоматологического покрытия. 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 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).

Если кто-либо из участников данного заявления имеет право на участие в программе Medicaid или KCHIP.

- 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.
- Есть ли у какого-либо ребенка, указанного в этом заявлении, родитель, проживающий вне дома?
 Да Нет
- Если да, я даю Кабинету по делам здравоохранения и семьи (CHFS), Управлению по алиментам на детей, право требовать медицинской поддержки от отсутствующего родителя(ей) ребенка. Если я считаю, что сотрудничество с Органом по взысканию алиментов на содержание ребенка нанесет вред мне или моим детям, я могу сообщить об этом CHFS и, возможно, мне не придется сотрудничать.

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).