

Запрос информации

Кому _____ Номер дела в округе _____
Адрес _____ Номер района _____
_____ Имя координатора _____
Дата _____ Номер телефона _____

Для обработки вашего заявления на участие / заявления о продлении участия в программе Medicaid / программе специальной помощи нам необходима дополнительная информация. Чтобы обеспечить своевременную обработку вашего заявления на участие / заявления о продлении участия, предоставьте эту информацию до _____ . Если вам нужно дополнительное время, свяжитесь с нами.

Если вы не можете собрать сведения, описанные в пунктах ниже, мы можем принять во внимание другие сведения о вас. Чтобы узнать о дополнительных сведениях, которые могут помочь нам принять ваше заявление, прочтите эту форму запроса до конца. Нам не удалось проверить вашу информацию в электронном виде.

- Ваш доход превышает максимальный предел дохода для Medicaid. Исходя из суммы валового ежемесячного дохода в размере _____ долларов США от _____, необходимо обеспечить соответствие требованию о франшизе. Если сумма дохода указана неверно, вы можете обратиться к своему координатору Medicaid. Сумма вашей франшизы за месяцы с _____ по _____ составляет _____ долларов США.
- Ваш доход за следующий(-ие) прошедший(-ие) месяц(ы) превышает максимальный предел дохода для Medicaid. Исходя из суммы валового ежемесячного дохода от (источник дохода), необходимо обеспечить соответствие требованию о франшизе. Если сумма(-ы) дохода указана(-ы) далее неверно, вы можете обратиться к своему координатору Medicaid.

Сумма вашей франшизы за прошедший(-ие) месяц(ы):

(месяц 1) для дохода _____ долларов США — _____ долларов США;

(месяц 2) для дохода _____ долларов США — _____ долларов США;

(месяц 3) для дохода _____ долларов США — _____ долларов США;

двух- или трехмесячная франшиза на основе валового ежемесячного дохода в размере _____ долларов США от _____ за месяцы с _____ по _____ составляет _____ долларов США.

- Предоставьте медицинские счета с _____ по настоящее время, включая любые старые оплаченные или неоплаченные медицинские счета и ожидаемые медицинские расходы, чтобы покрыть сумму франшизы, указанную выше.
- Медицинское подтверждение беременности _____
- Справка от врача, подтверждающая ожидаемое количество детей.
- Форма FL-2, заполненная врачом _____
- Справка о доходах от _____ за следующие месяцы: _____
- Справка о доходах от самозанятости и расходах от _____ или возврат подоходного налога за _____ год
- Номера банковских счетов или выписка(-и) с балансом за следующие месяцы: _____
- Форма согласия для банка / форма предоставления информации, подписанная _____
- Полисы страхования жизни или названия страховых компаний и номера полисов на имя _____
- Документ, подтверждающий получателя страховой ренты _____
- Документ, подтверждающий, что программа North Carolina Medicaid указана в качестве получателя остатка страховой ренты _____
- Наименование и контактная информация эмитента страховой ренты _____
- Номер социального страхования на имя _____
- Документы об отсутствии гражданства на имя _____
- Подача заявления на получение пособия по безработице на имя _____
- Подача заявления на социальное пособие по нетрудоспособности на имя _____
- DHB-5028, согласие на разглашение информации, подписанное _____
- Карточка медицинского страхования или название страховой компании и номер полиса _____
- Документ, подтверждающий гражданство и удостоверяющий личность, на имя _____
- Документ, подтверждающий государство постоянного местопребывания, на имя _____
- Документ, подтверждающий стоимость земельного участка _____
- Документация, опровергающая одобрение передачи активов или подтверждающая, что одобрение передачи активов вызовет необоснованные трудности, или документация обоих типов. (См. приложение) Прочее _____

В дополнение к информации, запрошенной выше, **очень важно уведомлять нас о любых изменениях в вашей ситуации с момента последней проверки.**

Вам нужна помощь или дополнительное время для получения информации в целях подачи заявления на участие / заявления о продлении участия?

Контактные данные вашего координатора программы см. на стр. 2.

1. Позвоните координатору Medicaid _____ по телефону _____

ИЛИ

2. Подпишите эту форму и отправьте ее в DSS.

Мне нужна помощь в получении информации в целях подачи заявления на участие / заявления о продлении участия.

Мне нужно дополнительное время, чтобы собрать информацию.

Я знаю, что информация, содержащаяся в этом заявлении, необходима для определения моего права на получение помощи в оплате медицинского страхования и (или) участие в программе Medicaid и будет проверена по электронным базам данных, в налоговом управлении США (Internal Revenue Service, IRS), по данным социального страхования, в министерстве внутренней безопасности, агентствах информации о кредитоспособности потребителей, финансовых учреждениях и (или) других государственных учреждениях.

Имя заявителя _____ Номер телефона _____

Адрес _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ МЫ МОЖЕМ ПРИНЯТЬ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ВАШЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ НА УЧАСТИЕ / ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРОДЛЕНИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ MEDICAID

Если вы не можете собрать сведения по представленным пунктам или пунктам, описанным ниже, немедленно свяжитесь со своим координатором. Координатор поможет вам.

Уведомление об изменениях

Обязательно сообщайте обо всех изменениях в департамент социального обслуживания в вашем округе в течение 10 календарных дней (5 календарных дней для программ специальной помощи). Если вы не можете оценить важность того или иного изменения, обратитесь к своему координатору. Если вы не сообщаете информацию и об изменениях либо предоставляете недостоверные данные, вас **могут обвинить в административном или уголовном правонарушении.**

СЧЕТА ЗА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Если у вас нет всех счетов за медицинское обслуживание, вы можете предоставить:

1. Квитанции от поставщиков медицинских услуг.
2. Выписки от поставщиков медицинских услуг.
3. Оплаченные чеки поставщиков медицинских услуг.
4. Названия, имена, адреса, телефоны поставщиков медицинских услуг.
5. Квитанции об оплате индивидуального медицинского страхования, страховые книжки, имя агента.
6. Письма с разъяснением выплат (Explanation of Benefits, EOB) от Medicare и (или) поставщиков индивидуального медицинского страхования.
7. Чтобы предоставить подтверждение покупки безрецептурных препаратов, предоставьте квитанцию с указанием даты и крышку коробки с названием и ценой приобретенного товара.
8. Чтобы предоставить подтверждение расходов на медицинскую транспортировку (если другой человек отвез вас к врачу, в аптеку или другое медицинское учреждение), предоставьте квитанцию или заявление от этого человека.

СПРАВКА О ДРУГИХ ДОХОДАХ

Например, пособия для ветеранов, пенсия железнодорожников, другие пенсионные доходы, доходы от аренды, доходы от фермы.

1. Копия чека.
2. Письмо о назначении пособия или другой документ от источника дохода.
3. Справка от источника дохода или лица, ответственного за распределение доходов (трастовые фонды и т. д.).
4. Документы об оплате, полученные от арендаторов/арендаторов с пансионом.
5. Выписки от лица, оплачивающего вам проживание/пансион.
6. Налоговая отчетность.
7. Документы о доходах от фермерского хозяйства.
8. Документы арендодателя о доходах от аренды.

9. Документы о доходах от самозанятости или аренды.

10. Подписанное заявление от вашего банка, агента по недвижимости или арендатора, в котором указана сумма, которую вы получаете.

ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА

Если у вас нет квитанции о заработной плате, предоставьте один из следующих документов:

1. Заявление или форма, заполненная вашим работодателем.
2. Индивидуальная документация самозанятого.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ ИЛИ ВЗРОСЛЫМ

Если вы подаете заявление на участие в определенных семейных и детских программах Medicaid, существует ограничение в 200 долларов США в месяц при уходе за ребенком в возрасте до двух лет и 175 долларов США в месяц при уходе за ребенком в возрасте двух лет и старше и за взрослым. Вы можете предоставить следующие документы:

1. Заявление или квитанция от лица или учреждения, оказывающего услуги ухода. Выписка или форма, в которой указано, взимается ли с вас фиксированная плата или почасовая ставка.
2. Ваш документ о платеже, произведенном за ребенка или взрослого, который является вашим иждивенцем.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ РАСХОДОВ

Если у вас нет квитанций, подтверждающих расходы на аренду недвижимости или самозанятость, предоставьте один из следующих документов:

1. Личные записи о расходах, такие как листы бухгалтерской книги, корешки чеков или налоговая документация.
2. Документы об участии в ассоциациях, должности в ASCS и закупке сельскохозяйственной продукции.
3. Письменные заявления от людей, которые продают вам расходные материалы.
4. Письменные заявления от людей, которые предоставляют вам услуги, чтобы вы могли зарабатывать деньги.
5. Письменное заявление от агента по недвижимости.

МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА

Если у вас нет карточки медицинского страхования, вы можете указать название страховой компании и номер полиса.