

ИНСТРУКЦИИ

Пожалуйста, прочтите эти инструкции перед заполнением бланка заявления.

РАЗДЕЛ 1

Укажите информацию о лице, желающем пользоваться услугами по программе Medi-Cal самостоятельно, желающем, чтобы этими услугами пользовались члены его семьи, или желающем, чтобы этими услугами пользовались дети, находящиеся на его попечении.

Вопросы 1-8

Укажите имя, фамилию, фактический адрес и номера телефонов лица, желающего пользоваться услугами по программе Medi-Cal, либо родителя или опекуна детей, желающих пользоваться услугами по программе Medi-Cal.



Вопросы 9-13

Укажите номер телефона и почтовый адрес (если он отличается от фактического адреса, указанного в ответе на вопрос № 2) лица, желающего пользоваться услугами по программе Medi-Cal. По этому адресу будет отправляться вся корреспонденция, относящаяся к заявлению и льготному медицинскому обслуживанию.

Вопросы 14A-B

Укажите язык, на котором вы лучше всего говорите и (или) читаете.

Вложите копию удостоверения личности.

Предоставление копии удостоверения личности требуется только от одного взрослого члена семьи заявителя (родителя или опекуна). Отправьте по почте, вместе с заявлением, **фотокопию** любого из следующих документов, удостоверяющих личность.

- Водительские права, выданные в штате Калифорния
- Удостоверение личности, выданное отделом регистрации водителей и автотранспортных средств
- Документ, подтверждающий гражданство США (паспорт) или право на постоянное проживание в США
- Школьное или студенческое удостоверение личности
- Свидетельство о рождении
- Свидетельство о браке/сочетании
- Карточка или любой заверенный документ номером, присвоенным заявителю в системе социального страхования
- Судебный приказ о разводе
- Служебное удостоверение личности или пропуск
- Регистрационная запись об усыновлении или удочерении
- Судебный приказ об изменении имени и (или) фамилии
- Свидетельство, подтверждающее принадлежность к той или иной церкви, или церковное свидетельство, подтверждающее крещение

Лица, в отношении которых удостоверение личности не требуется.

- Лица, находящиеся на содержании вправительственном учреждении
- Дети, проживающие в семье, если личность одного из родителей уже подтверждена
- Дети, подающие заявление с просьбой о предоставлении услуг по программе Medi-Cal или о предоставлении конфиденциальных услуг без уведомления родителей
- Супруг или супруга лица, чья личность уже подтверждена

РАЗДЕЛ 2

Укажите информацию о лице, поименованном в разделе 1, о членах его семьи и о детях, находящихся на его попечении, даже если члены его семьи и находящиеся на его попечении дети не нуждаются в страховании медицинских услуг.

Если вы подаете заявление от имени более чем 5 человек, воспользуйтесь дополнительными листами бумаги или фотокопиями страниц A1, A2, A3 и A4 бланка заявления с тем, чтобы предоставить нам информацию о дополнительных заявителях.



Кто считается взрослым, или совершеннолетним, лицом?

- Лица, достигшие возраста 21 года
- Лица, не достигшие возраста 21 года, но не проживающие вместе с родителями либо хотя бы с одним из родителей или родственников-опекунов, и не заявленные в налоговой декларации в качестве иждивенцев

Кто считается детьми, или несовершеннолетними лицами?

- Все натуральные и приемные дети, не достигшие возраста 21 года и проживающие вместе с родителями
- Все натуральные и приемные дети возрастом от 18 лет до 21 года, проживающие отдельно от родителей или опекунов, но заявленные в налоговой декларации в качестве иждивенцев
- Все пасынки и падчерицы, не достигшие возраста 21 года и проживающие вместе с супругом матери или супругой отца

Вопрос 15

Укажите фамилию, первое имя и второе имя каждого из лиц, составляющих семью.

РАЗДЕЛ 2 (продолжение)

Вопрос 16

Укажите степень родства или характер семейных взаимоотношений между каждым из дополнительно поименованных лиц и основным заявителем, поименованным в разделе 1. **Например:** заявитель, жена, муж, дед, бабушка, сожительница, дочь, пасынок, племянник, и т. п.

Вопрос 17

Укажите, полностью, адрес дополнительно поименованного лица, если он отличается от адреса, указанного в разделе 1. **Например,** указывается адрес ребенка, проживающего в пансионате при колледже или школе.

Вопрос 18

Укажите пол каждого из поименованных лиц.

Вопрос 19

Укажите семейное положение каждого из поименованных лиц.

Вопрос 20

Укажите фамилии и имена супругов любых состоящих в браке несовершеннолетних лиц, проживающих в семье. Любые доходы таких супругов должны быть указаны в разделе 4.

Вопрос 21

Укажите месяц, день и год рождения каждого из поименованных лиц.

Вопрос 22

Укажите, беременна ли какая-либо из поименованных женщин. Если да, укажите ожидаемую дату родов.

Если вы желаете пользоваться всеми услугами, предусмотренными программой Medi-Cal, представьте копию выданной врачом или клиникой свидетельства о беременности в течение 60 дней после подачи заявления. Если вы желаете пользоваться только услугами, предоставляемыми беременным женщинам, в представлении копии свидетельства о беременности нет необходимости.

Вопрос 23

Отметьте ответ «Да» в том случае, если поименованное лицо страдает слепотой или физическим либо психическим заболеванием, которое, как ожидается, будет продолжаться как минимум 30 дней. Если поименованное лицо нетрудоспособно, отметьте ответ «Да» и квадрат в графе с указанием соответствующего фактического срока нетрудоспособности лица, официально объявленного инвалидом. Эта информация позволит нам решить, может ли поименованное лицо получить право на участие в программе Medi-Cal на основе факта нетрудоспособности.

Вопрос 24

Укажите, получало ли когда-либо какое-либо из поименованных лиц вспомоществование наличными деньгами, вспомоществование, предусмотренное системой социального страхования (SSI), продуктовые талоны или услуги по программе Medi-Cal. Эта информация позволит работнику местного управления службы социального обеспечения получить требуемые данные, не запрашивая вас о предоставлении дополнительной информации. Если вы отметили ответ «Да», укажите, под каким именем соответствующее лицо получало вышеупомянутые льготные услуги или вспомоществования.

Вопрос 25

Если вы когда-либо пользовались услугами по программе Medi-Cal, укажите номер соответствующей карточки-удостоверения (BIC) участника программы Medi-Cal (если вы сохранили эту карточку).

Номер карточки-удостоверения (BIC) участника программы Medi-Cal находится здесь.



Вопрос 26

Отметьте ответ «Да», если вы подаете заявление с просьбой о предоставлении льготных медицинских услуг соответствующему лицу.

Вопрос 27

Отметьте ответ «Да», если вы владеете жилой площадью за пределами Калифорнии или приобретаете такую жилую площадь в настоящее время. Ваш ответ поможет нам определить, в каком штате находится ваш юридический адрес.

Вложите доказательство вашего проживания

в Калифорнии. Таким доказательством может служить любой документ, подтверждающий получение доходов из источника, находящегося в Калифорнии. Если ваш доход поступает из другого штата, вложите другое доказательство вашего проживания в Калифорнии, например, квитанции, подтверждающие внесение жилищной платы, оплаченный вами счет за электричество или школьные регистрационные записи, относящиеся к вашему ребенку.

РАЗДЕЛ 3

Информация обо **всех** детях, поименованных в разделе 2.

Вопрос 28

Укажите фамилию и имя матери каждого натурального или приемного ребенка. Отметьте квадрат в соответствующей графе, чтобы сообщить, работает ли мать ребенка, жива ли она, является ли она инвалидом и живет ли она вместе со своим ребенком.

Вопрос 29

Укажите фамилию и имя отца каждого натурального или приемного ребенка. Отметьте квадрат в соответствующей графе, чтобы сообщить, работает ли отец ребенка, жив ли он, является ли он инвалидом и живет ли он вместе со своим ребенком.



РАЗДЕЛ 4

Перечислите **все** доходы и денежные средства, получаемые лицами, указанными в разделе 2.

Вопросы 30 и 31

Приведите информацию о каждом из поименованных лиц, получающем денежные поступления, используя отдельную строку в отношении каждого такого лица. Если одно и то же лицо получает денежные поступления из двух различных источников, используйте две строки.

Например, если заявитель работает на двух работах, укажите в одной строке размер заработной платы, получаемой заявителем на одной работе, а в другой строке – размер заработной платы, получаемой заявителем на другой работе.

Вопрос 32

Укажите размер периодически получаемых вами денежных поступлений.

Например, если вы получаете деньги еженедельно, укажите размер такого денежного поступления в графе еженедельных поступлений.

Если размер получаемых заявителем денежных поступлений изменяется со временем, укажите усредненное значение размера регулярно получаемых доходов. Приложенные отрывные квитанции чеков и другие документы, подтверждающие размеры доходов, позволяют работникам программы точно определить размеры ежемесячного дохода.

Если вам известно, что доход вашей семьи уменьшится или увеличится на протяжении следующих нескольких месяцев в связи с работой в неурочное время, продвижением по службе, увеличением размера заработной платы, ожидаемым увеличением расходов на поддержку детей или выплату алиментов, увольнением, отпуском и т. п., дайте соответствующие разъяснения на отдельном листе бумаги.

Например, если Мария получила на работе чек на сумму в 1000 долларов (без вычета налогов), но обычно ежемесячно получает чеки на сумму в 800 долларов, поясните на отдельном листе бумаги, что Мария получила дополнительные 200 долларов за работу в неурочное время или в качестве премии; укажите также, в течение какого времени Мария будет выполнять такую обеспечивающую дополнительный доход работу в неурочное время или получать такие премиальные.

Вопрос 33

Как часто вы получаете указанные денежные средства?

Например, ежемесячно (один раз в месяц), еженедельно (один раз в неделю), один раз в две недели, один раз в два месяца или ежедневно.



Документация, подтверждающая размеры доходов

- **Вложите документы, подтверждающие указанные размеры доходов.** Вложите копию отрывной квитанции последнего полученного вами чека. Если у вас нет такой квитанции, получите свидетельство о размере доходов, подписанное вашим работодателем. В таком свидетельстве должны быть указаны размер ежемесячного дохода, без вычета налогов, и даты получения соответствующих сумм.

или

- Вложите копию заполненной вами в прошлом году федеральной налоговой декларации.

или

Может потребоваться представление других доказательств, подтверждающих размеры доходов

- Если поименованное лицо работает не по найму, вложите копию заполненной им в прошлом году федеральной налоговой декларации, а также свидетельство с указанием доходов и коммерческих расходов за последние 3 месяца (по форме С или F).
- Если поименованное лицо получает пособие по нетрудоспособности или пенсию, вложите копии документов, подтверждающих размеры пособия или пенсии, или банковские отчеты с указанием размеров регулярно перечисляемых на счет этого лица пособия или пенсии.
- Если какое-либо из поименованных лиц получает денежные суммы в качестве ребенка, имеющего право на финансовую поддержку, или в качестве супруга или супруги, получающих алименты, вложите копии чеков, полученных на протяжении последнего месяца, или копию свидетельства, выданного отделом поддержки членов семьи окружной прокуратуры, с указанием размеров получаемых таким образом поступлений.
- Если какое-либо из поименованных лиц получает студенческие займы или субсидии, вложите копии документов, подтверждающих размеры поступлений, получаемых в качестве займов или субсидий.

РАЗДЕЛ 5

Укажите информацию о перечисленных ниже расходах и издержках, оплачиваемых **всеми** лицами, поименованными в разделе 2.

Укажите, осуществляете ли вы **финансовую поддержку ребенка или детей** по решению суда, выплачиваете ли вы алименты, имеете ли вы **страховой полис, покрывающий стоимость других медицинских услуг** и платите ли взносы за **обслуживание по программе Medicare**.

Программа Medi-Cal предусматривает оплату обслуживания по программе Medicare и вычет любых других взносов, оплачивающих медицинское страхование, из подлежащей учету суммы доходов.

Вопрос 34

Укажите фамилию и имя лица, оплачивающего издержки.

Вопрос 35

Укажите общую сумму ежемесячных выплат.

Вопрос 36

Укажите, в каком размере оплачиваются расходы на уход за ребенком и (или) на уход за нетрудоспособным иждивенцем.

Вопрос 37

Укажите возраст ребенка или нетрудоспособного иждивенца, получающего финансовую поддержку.

Вопрос 38

Укажите фамилию и имя лица, оплачивающего издержки.

Вопрос 39

Укажите общую сумму ежемесячных расходов на поддержку каждого из детей или каждого из нетрудоспособных иждивенцев.



Вложите копию документа, подтверждающего размер расходов (издержек), указанных в разделе 5. Вложите копию свидетельства, подтверждающего факт финансовой поддержки ребенка или выплаты алиментов. В случае оплаты расходов на уход за ребенком или иждивенцем, вложите соответствующие квитанции или погашенные чеки.

РАЗДЕЛ 6

Если вы подаете заявление только от имени детей в возрасте до 19 лет и (или) беременных женщин (т. е. только с целью получения услуг, предоставляемых детям и беременным женщинам), пропустите этот раздел. В любом другом случае укажите информацию, относящуюся ко **всем** лицам, поименованным в разделе 2.

Если у вас возникнут какие-либо вопросы или замечания, относящиеся к заполнению раздела 6, не заполняйте этот раздел самостоятельно и обратитесь за помощью в местное управление службы социального обеспечения.

Стоимость дома или другого помещения, в котором вы проживаете, не учитывается в рамках программы Medi-Cal.

Вопрос 40

Укажите имеющуюся у вас в настоящее время сумму наличных денег и общую сумму любых поступлений, полученных вами в виде еще не погашенных чеков.

Вопрос 41

Если кто-либо из поименованных лиц имеет чековый и (или) сберегательный счет или приобрел полис страхования жизни, пожалуйста, вложите копии следующих документов:

- банковских свидетельств о текущем состоянии счетов;
- всех страховых полисов.

Вопрос 42

Если вы отметили ответ «Да», вложите копию свидетельства о регистрации каждого из транспортных средств или копию документа с указанием оценочной стоимости каждого из транспортных средств, подписанного компетентным лицом (например, уполномоченным торговцем автомобилями или механиком).

Вопрос 43

Если вы отметили ответ «Да», вложите копии всех соответствующих судебных приказов, документов и соглашений.

Вопрос 44

Если вы отметили ответ «Да», вложите копии соответствующих полисов, контрактов и соглашений о приобретении страхования. Если ваш полис сертифицирован Калифорнийским товариществом учреждений, осуществляющих долгосрочный уход за подопечными (California Partnership for Long-Term Care), вложите копию последнего полученного вами отчета о предоставлении льготных услуг.

Вопросы 45-47

Если вы отметили ответ «Да», вас могут попросить предоставить дополнительную информацию. Кроме того, вас могут попросить заполнить дополнительную анкету, в которой указываются различные виды собственности и их стоимость.

РАЗДЕЛ 7

Укажите информацию, относящуюся **только** к тем лицам, которые желают участвовать в программе Medi-Cal.

Вопрос 48

В отношении каждого из лиц, подающих заявление с просьбой о предоставлении услуг по программе Medi-Cal, требуется указание номера, присвоенного заявителю в системе социального страхования (Social Security Number). Если вам не был присвоен такой номер, не откладывая отправьте заполненный бланк заявления. Подайте заявление безотлагательно; вы можете сообщить ваш номер в системе социального страхования в течение следующих 60 дней.

Лица, неспособные получить номер в системе социального страхования, могут иметь право на обслуживание, предоставляемое беременным женщинам, и на обслуживание отделениями неотложной медицинской помощи.

Для того, чтобы получить информацию о том, как подать заявление с просьбой о присвоении номера в системе социального страхования, позвоните в Управление социального страхования по бесплатному телефону 1-800-772-1213.

Вопрос 49

Укажите место рождения каждого из поименованных лиц. Если то или иное лицо родилось в Соединенных Штатах, укажите наименование соответствующего штата. Если то или иное лицо родилось за пределами США, укажите наименование соответствующей страны.

Вопрос 50

Укажите, является ли то или иное поименованное лицо гражданином США или лицом, имеющим право на постоянное проживание в США, отметив ответ «Да» или «Нет».

Указывайте информацию об иммиграционном статусе только в отношении тех лиц, которые подают заявление с просьбой о предоставлении медицинского страхования. Не указывайте такую информацию в отношении лиц, не подающих заявление. Правительство штата использует указанную информацию исключительно с целью определения права заявителя на участие в программе. Предоставляемая информация об иммиграционном статусе считается конфиденциальной частной информацией.

Иммигранты, статус которых соответствует всем требованиям Управления иммиграции и натурализации, имеют право на пользование **всеми льготными услугами, предоставляемыми по программе Medi-Cal**. Иммигранты, не имеющие требуемых документов, могут иметь право на обслуживание, предоставляемое беременным женщинам, и на обслуживание отделениями неотложной медицинской помощи.



Вложите копию документа, подтверждающего иммиграционный статус или квитанцию, полученную из Управления иммиграции и натурализации, подтверждающую подачу заявления с просьбой о замене потерянного документа. Многие иммигранты могут иметь право на пользование всеми льготными услугами, предоставляемыми по программе Medi-Cal, даже если у них нет разрешения на постоянное проживание в США или другого документа, выданного Управлением иммиграции и натурализации. Скопируйте обе стороны документа и отправьте его вместе с заполненным бланком заявления или в течение 30 дней после подачи заявления. Если вы не предоставите копию документа, подтверждающего иммиграционный статус, вы все равно можете иметь право на обслуживание, предоставляемое беременным женщинам, и на обслуживание отделениями неотложной медицинской помощи.

Не предоставляйте информацию об иммиграционном статусе лиц, не подающих заявление с просьбой о предоставлении услуг по программе Medi-Cal. Предоставляемая информация об иммиграционном статусе считается конфиденциальной частной информацией.

Вопрос 51

Укажите, проживает ли поименованное лицо в доме для престарелых, в пансионате или в другом учреждении, предоставляющем регулярное питание и осуществляющем долгосрочный уход за подопечными. Если вы ответили «Да», укажите наименование соответствующего учреждения.

Вопрос 52

Если какое-либо из поименованных лиц участвует в другой программе или в другом плане медицинского страхования, отметьте квадрат в соответствующей графе.

Вы можете получить право на участие в программе Medi-Cal, и в то же время продолжать участвовать в другой программе медицинского страхования. Программа Medi-Cal может предусматривать оплату услуг, не оплачиваемых в рамках другой программы медицинского страхования.



РАЗДЕЛ 7 (продолжение)

Вопрос 53

Если вы отметили ответ «Да», возможно, что в рамках программы Medi-Cal будут оплачены некоторые или все уже оплаченные или еще не оплаченные вами медицинские расходы, понесенные вами в течение 3 месяцев перед подачей заявления.

Вопрос 54

Если какое-либо из поименованных лиц вчинило судебный иск, связанный с аварией, несчастным случаем, травмой или требованием о получении пособия по нетрудоспособности, отметьте ответ «Да».



Вопрос 55

Если кто-либо из поименованных лиц, супругов поименованных лиц или их родителей проходит или проходил службу в вооруженных силах США, отметьте соответствующие квадраты. Получение этой информации позволит нам определить, имеете ли вы право на получение дополнительных услуг или льгот.

Вопрос 56 (заполнение этой графы не обязательно)

По вашему усмотрению, вы можете указать этническое происхождение (расу) каждого из поименованных лиц. Эта информация используется исключительно в статистических целях и не влияет на возможности участия заявителей в программе Medi-Cal.



Вопрос 57

Если поименованное лицо постоянно учится в образовательном учреждении, отметьте соответствующий квадрат. Если лицо, не достигшее 21 года, учится в образовательном учреждении, доход этого лица может не учитываться при определении общей суммы семейного дохода.

Вопрос 58

Укажите, проживает ли поименованное лицо отдельно, обучаясь в образовательном учреждении или работая в другом городе.

РАЗДЕЛ 8

Разрешение на передачу информации (заполнение этого раздела не обязательно).

Вопрос 59

Если вы отметили ответ «Да», местное управление службы социального обеспечения передаст ваше заявление работникам программы Healthy Families в том случае, если один или несколько подающих заявление членов семьи не имеют права на участие в программе Medi-Cal.

Программа Healthy Families обеспечивает всестороннее страхование медицинских и зубоорудочных услуг, а также проверок зрения и выписки очков. Дальнейшую информацию об этой программе можно получить по телефону **1-800-880-5305**, или на страницах электронного справочного центра организации Healthy Families, по адресу www.healthyfamilies.ca.gov

Вопрос 60

Заполнив эту графу, вы разрешаете работникам местного управления социального обеспечения передавать информацию, относящуюся к рассмотрению вашего заявления, поименованному вами лицу.

РАЗДЕЛ 9

Подписи заявителя и свидетелей.

Кто может подписывать заявление?

- Лицо, подающее заявление с просьбой о предоставлении услуг по программе Medi-Cal, или супруг(а) этого лица
- Опекун ребенка, подающего заявление с просьбой о предоставлении услуг по программе Medi-Cal, душеприказчик, на попечении которого находится такой ребенок, или лицо, которому поручен уход за таким ребенком.
- Представитель, действующий от имени лица, подающего заявление с просьбой о предоставлении услуг по программе Medi-Cal, в том случае, если это лицо некомпетентно, находится в коматозном состоянии или страдает амнезией, в отсутствие супруга(и), опекуна или душеприказчика.
- Лица в возрасте от 14 лет до 21 года, если они не проживают вместе с родителями или одним из родителей, родственником-опекуном или приемными родителями.
- Лица в возрасте от 14 лет до 21 года, подающие заявление с просьбой о предоставлении конфиденциальных услуг без уведомления родителей.

Вопрос 61

Законы штата Калифорния и федеральные законы требуют, чтобы основной заявитель подписал заполненный бланк заявления. Ваша подпись в этой графе подтверждает, что заявленная вами информация и отмеченные вами ответы соответствуют действительности, и что представленные вами документы точны и подлинны.

Извещение о конфиденциальности информации, предоставляемой в рамках программы Medi-Cal

Информация, указываемая в настоящем заявлении, считается конфиденциальной частной информацией в соответствии со разделом 14100.2. Свода законов о социальном обеспечении и общественных учреждениях. Любое разглашение этой информации возможно только в случаях, предусмотренных этими законами.

Права, обязанности и заверения участников программы Medi-Cal Участник программы имеет право:

- на справедливое и равноправное обращение, независимо от расы, цвета кожи, религиозных убеждений, национального происхождения, пола, возраста или политических убеждений;
- на предоставление услуг устного переводчика;
- на предъявление требования о проведении слушания с участием представителей независимой организации в том случае, если участник программы Medi-Cal считает, что в отношении него было принято несправедливое или неправильное решение; участник должен предъявлять требование о проведении такого слушания в течение 90 дней после получения «извещения о принятом решении»; информацию о слушаниях по спорным вопросам, связанным с программой Medi-Cal, можно получить по бесплатному телефону 1-800-952-5253;
- на проведение личного интервью;
- на ознакомление со всеми правилами и руководствами, используемыми в рамках программы Medi-Cal.

Участник программы обязан:

- сообщать, в течение 10 дней, о любом изменении информации, указанной им в заявлении с просьбой о предоставлении услуг по программе Medi-Cal;
- сообщать в местное управление службы социального обеспечения о подаче кем-либо из членов семьи заявления с просьбой о предоставлении пособия по нетрудоспособности, о переводе кого-либо из членов семьи на содержание в общественное учреждение или о получении кем-либо из членов семьи медицинских услуг в связи с аварией, несчастным случаем или травмой, нанесенной другим лицом.
- сотрудничать с работниками программы, пересматривающими информацию, предоставленную участником;
- пользоваться возможностями получения тех дополнительных субсидий, пособий и вспомоществований, на получение которых может иметь право участник программы;
- выполнять решения судов, определяющие распределение родительских прав и обязанности, относящиеся к поддержке лиц, нуждающихся в медицинском уходе;
- передать штату Калифорния свои права на получение медицинской поддержки;
- передать штату Калифорния свои права на получение медицинской поддержки от третьих сторон.

Участник программы:

- понимает, что, получая право на участие в программе Medi-Cal, он автоматически передает свои права на получение медицинской поддержки штату Калифорния;
- понимает, что в том случае, если он предоставил не всю требуемую информацию или ложную информацию, ему может быть отказано в предоставлении услуг, его участие в программе может быть прекращено, и от него может потребоваться возмещение стоимости уже предоставленных ему услуг; кроме того, может быть начато судебное расследование по обвинению в мошенничестве;
- заверяет, что лица, от имени которых подается заявление с просьбой о предоставлении услуг по программе Medi-Cal, не находятся в тюрьме или в каком-либо ином исправительном учреждении;
- признает право штата Калифорния на компенсацию стоимости услуг, предоставленных участнику программы Medi-Cal после достижения участником 55-летнего возраста, посредством продажи оставшегося после его смерти имущества, в том случае, если это имущество не будет унаследовано супругой или супругом, несовершеннолетним ребенком, слепым ребенком или полностью и необратимо нетрудоспособным ребенком;
- понимает, что в том случае, если участник программы будет принят в учреждение, осуществляющее профессиональный медицинский уход за подопечными и не выразит намерения вернуться оттуда в предыдущее место проживания, штат Калифорния может получить право на удержание имущества такого участника программы.



Извещение о конфиденциальности информации, предоставляемой в рамках программы Medi-Cal

Закон о методах распространения информации 1977 г. и федеральный Закон о конфиденциальности информации требуют, чтобы отдел здравоохранения правительства штата Калифорния сообщал следующее: в соответствии с разделом 14011 Свода законов о социальном обеспечении и общественных учреждениях, а также в соответствии с постановлениями, предусмотренными титулом 22 Свода законов штата Калифорния, лица, подающие заявления с просьбой о предоставлении услуг по программе Medi-Cal, обязаны предоставлять указанную в инструкциях по составлению таких заявлений информацию, необходимую для определения права заявителей на участие в программе.

Такая информация, предоставляемая заявителями, может быть передана в управления федерального правительства, правительства штата и местных правительств с целью подтверждения права заявителей на участие в программе, а также в других целях, связанных с выполнением программы Medi-Cal, в том числе с целью подтверждения иммиграционного статуса заявителей Управлением иммиграции и натурализации, но только в отношении тех лиц, которые желают пользоваться всеми льготными услугами, предусмотренными программой Medi-Cal. (В соответствии с федеральными законами США, Управление иммиграции и натурализации не может использовать такую информацию в любых других целях, если не имеет место мошенническое предоставление ложной информации.) Информация, предоставленная заявителями, используется также в процессе страховой оплаты медицинских услуг и при изготовлении карточек-удостоверений участников программы (BIC). Неспособность заявителя предоставить всю требуемую информацию может привести к отказу в удовлетворении его просьбы.

Предоставление информации в соответствии с инструкциями, приведенными на бланке заявления, обязательно; исключение составляет только информация об этническом происхождении заявителей и любая другая информация, предоставляемая добровольно или по усмотрению заявителя. Указание номеров заявителей в системе социального страхования (Social Security Numbers) требуется разделом 1137(a)(1) Закона о социальном страховании и разделом 14011.2 Свода законов о социальном обеспечении и общественных учреждениях; исключение составляют те случаи, когда заявление подается только с целью получения услуг, предоставляемых беременным женщинам или услуг, предоставляемых отделениями неотложной медицинской помощи.



Участник программы имеет право на доступ к записям, содержащим относящуюся лично к нему информацию и хранящимся в отделе здравоохранения.

Для того, чтобы получить относящиеся к вам записи, обратитесь в местное управление службы социального обеспечения.



Обеспечивается штатом Калифорния

