

**QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME
MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРОГРАММЫ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯМ УЧАСТНИКОВ
MEDICARE (QMB), УЧАСТНИКОВ MEDICARE С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА (SLMB) И
СООТВЕТСТВУЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯМ ЛИЦ (QI)**

Фамилия, имя		Номер Social Security		Номер Medicare		Дата		
Номер телефона ()	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)					
Адрес (номер дома, улица)			Город		Штат		Почтовый индекс	

Данная информация поможет Вам подать заявление на участие в Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (Программа для правомочных получателей льгот по программе Medicare), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (Программа для малоимущих получателей льгот по программе Medicare с соответствующим уровнем дохода) или Qualifying Individual (QI) (Программа для лиц, удовлетворяющих требованиям программы). Штат будет оплачивать страховые взносы Medicare Parts A и B, франшизы и доплаты для лиц, обладающих правом на участие в программе QMB. Штат будет оплачивать страховые взносы Medicare Part B для лиц, обладающих правом на участие в программах SLMB или QI. Вы можете подать заявление на участие в программе QMB, SLMB или QI, заполнив данную форму и отправив ее по почте в организацию социального обслуживания Вашего округа.

Чтобы получить право на участие в программе QMB, SLMB или QI, Вы должны:

- Иметь право на получение льгот по программе Medicare Part A (страхование больничных расходов).
- Иметь право на получение льгот по программе Medicare Part B (страхование медицинского обслуживания).
- Соответствовать следующим требованиям:
 - QMB:** Чистый учитываемый доход, равный 100% или ниже Federal Poverty Level (FPL) (равен или не превышает \$1,153* для одиноких или \$1,546* для пары).
 - SLMB:** Чистый учитываемый доход ниже 120% от FPL (не превышает \$1,380* для одиноких или \$1,852* для пары).
 - QI:** Чистый учитываемый доход ниже 135% от FPL (не превышает \$1,550* для одиноких или \$2,081* для пары).

*Если с Вами живет ребенок, суммы могут быть выше. Предполагается, что указанные суммы будут ежегодно повышаться в Апреле месяце. Если в Январе Вы получили поправку на рост прожиточного минимума Title II Social Security, эта сумма не будет учитываться до Апреля.

- Владеть учитываемым имуществом общей стоимостью не более \$130,000 для одиноких или не более \$195,000 для пары.
- Отвечать определенным требованиям и условиям, например, постоянно проживать в штате California.

ВАЖНО

Вы можете соответствовать требованиям других программ Medi-Cal, помимо программ QMB и SLMB, например, CalFresh и/или Medi-Cal со снижением стоимости после оплаты ежемесячной суммы затрат (доли стоимости). Вы также можете Да Нет

**ОТПРАВЬТЕ ПО ПОЧТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ В ВАШУ МЕСТНУЮ ОКРУЖНУЮ СЛУЖБУ
ПО ВОПРОСАМ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.**

соответствовать требованиям Medi-Cal с ежемесячной долей стоимости, если Ваш доход **превышает** максимальный уровень дохода для программ QMB, SLMB и QI. Если Вы хотите подать заявление на эти другие программы, отметьте ответ «да», и округ отправит Вам другие формы для заполнения.

Хотите ли Вы подать заявку на трехмесячное ретроактивное страховое покрытие по программам SLMB и QI (для QMB ретроактивное страховое покрытие не предусмотрено) Да Нет

Перечислите всех, кто живет в Вашем домовладении (супруг (-а)/дети). Если с Вами проживают более трех человек, Вы можете указать их на отдельной странице.

Фамилия, имя	Номер Social Security	Пол Мужской, Женский	Дата рождения	Кем приходится

A. УЧИТЫВАЕМЫЙ ДОХОД

COUNTY USE

1. Укажите ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ нетрудовой доход, получаемый заявителем на участие в программах QMB/SLMB/QI:

- a. Чек Social Security \$ _____
- b. Льготы VA \$ _____
- c. Проценты по банковским вкладам или депозитным сертификатам \$ _____
- d. Пособие при выходе на пенсию \$ _____
- e. Другие нетрудовые доходы \$ _____
- f. Total НЕТРУДОВОЙ ДОХОД — сложить данные из пунктов a.–e. \$ _____

Applicant's unearned income (line f)
\$ _____

Spouse's unearned income (line l)
+ _____

2. Если Вы женаты (замужем) и проживаете вместе с СУПРУГОМ (-И), укажите ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ нетрудовой доход Вашего супруга (-и):

- g. Чек Social Security \$ _____
- h. Льготы VA \$ _____
- i. Проценты по банковским вкладам или депозитным сертификатам \$ _____
- j. Другие нетрудовые доходы \$ _____
- k. Пособие при выходе на пенсию \$ _____
- l. Total НЕТРУДОВОЙ ДОХОД СУПРУГА (-И) — сложить данные из пунктов g.–k. \$ _____

Any Income deduction
- _____

Net unearned income

Net earned income (line r)
+ _____

3. Укажите ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ трудовой доход, получаемый заявителем на участие в программах QMB/SLMB/QI и его (ее) супругой (-м):

- m. Доход лица, желающего стать участником программ QMB, SLMB или QI до вычетов и налогов \$ _____
- n. Доход супруги (-а) до вычетов и налогов \$ _____

Total net income

- o. Total — сложить данные из пунктов m. и n.
- p. Вычесть \$65
- q. Остаток
- г. Разделить на 2

\$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____

COUNTY USE

MFBU size

Compare to QMB/SLMB/QI income limit.

If over income limit, is there a spouse and/or children in the home?

Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.

4. Итого доход:

Сложить данные из пунктов f., l., и г.

- s. Минус \$20 (удержания с дохода)

\$ _____
 \$ _____

5. ИТОГО УЧИТЫВАЕМЫЙ ДОХОД

\$ _____

6. Лица, потенциально удовлетворяющие критериям для участия в программах QMB, SLMB или QI:

- Возможно, у Вас есть право на участие в программе QMB, если Ваш доход составляет 100% FPL или меньше (равен или не превышает \$1,153* для одиноких или \$1,546* для пары).
- Возможно, у Вас есть право на участие в программе SLMB, если Ваш доход ниже 120% FPL (не превышает \$1,380* для одиноких или \$1,852* для пары).
- Возможно, у Вас есть право на участие в программе QI, если Ваш доход ниже 135% FPL (не превышает \$1,550* для одиноких или \$2,081* для пары).

*Если с Вами живет ребенок, суммы могут быть выше.

В. ИМУЩЕСТВО

Потенциальные участники программ QMB, SLMB или QI, не состоящие в браке или проживающие отдельно от своих супругов, могут иметь учитываемое имущество на сумму не более \$130,000. Потенциальные участники программ QMB, SLMB или QI, состоящие в браке и проживающие со своими супругами, могут иметь учитываемое имущество на сумму не более \$195,000.

Ниже приведены примеры учитываемого имущества. **Важно:** Дом, в котором проживаете Вы и/или Ваш супруг (а), не учитывается. Один автомобиль, используемый в качестве личного транспорта, не учитывается. Если Вы подаете заявку в Вашу местную окружную службу по вопросам социального обеспечения как участник программ QMB, SLMB или QI, округ может рассматривать перечисленное в данной форме имущество иначе. Существуют и другие виды имущества, которые будет рассматривать окружная служба по вопросам социального обеспечения, а именно: депозитные сертификаты. Такое имущество может **учитываться** либо **не учитываться** при расчете стоимости имущества, определяющего право на участие.

Укажите стоимость следующего имущества, принадлежащего Вам, Вашему (-й) супругу (-е) или Вам обоим.

- 1. Чековые счета \$ _____
- 2. Сберегательные счета \$ _____
- 3. Депозитные сертификаты \$ _____
- 4. Ценные бумаги \$ _____
- 5. Облигации \$ _____
- 6. Вторая машина (стоимость минус сумма задолженности) \$ _____
- 7. Второй дом (стоимость минус сумма задолженности) \$ _____

COUNTY USE

8. Выкупная стоимость полисов страхования, \$ _____
жизни если номинальная стоимость **всех** полисов в
совокупности превышает \$1,500 (не включайте
«срочные» страховые полисы)
9. Итого ИМУЩЕСТВО — сложить данные **\$ _____
пунктов 1–8

**Итоговая сумма не должна превышать \$130,00 для одиноких или \$195,00 для пары.

Дополнительная информация: Возможно, у Вас есть право на получение **ретроактивного страхового покрытия** Ваших страховых взносов Medicare Part B по программам SLMB и QI сроком **до трех месяцев**.

ПРИМЕЧАНИЕ: Программа Medi-Cal должна взыскивать возмещение из наследственного имущества определенных умерших участников Medi-Cal за выполненные платежи, включая страховые взносы за управляемое медицинское обслуживание, в счет оплаты услуг медицинских учреждений для проживания с уходом, услуг на дому и в районе проживания, а также связанных с этим услуг больницы и лекарств по рецепту, которые были предоставлены умершему участнику программы Medi-Cal в день или после достижения участником возраста 55 лет. Если на момент смерти у умершего участника программы нет наследственного имущества или какого-либо имущества во владении, задолженность не будет учитываться. Для получения подробной информации Вы можете посетить сайт «Возмещение за счет наследственного имущества» по адресу <http://dhcs.ca.gov/er> или позвонить по номеру (916) 650-0590. В отношении лиц, являющихся участниками программ QMB/SLMB/QI (в сочетании с Medi-Cal или без), требование о возмещении расходов на страховые взносы, франшизы или доплаты программы Medicare за счет имущества не действует.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законами Соединенных Штатов Америки и State of California, что информация, указанная мной в данной форме, правдива и достоверна.	
Подпись (или отметка) заявителя ➤	Дата
County Use	
<input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-denied	
Eligibility Worker's signature ➤	Date

ПОЛОЖЕНИЕ DHCS О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Настоящая форма предназначена для получения льгот от Department of Health Care Services (DHCS). Личные и медицинские данные, представленные Вами при ее заполнении, являются личными и конфиденциальными. DHCS использует их для установления Вашей личности и личности других указанных в форме лиц в целях управления нашими программами. Мы вправе раскрывать Вашу информацию федеральным, местным органам и органам штата, подрядчикам, представителям планов медицинского обслуживания и программам только для управления программами; кроме того, информация может предоставляться другим федеральным органам и органам штата в соответствии с требованиями закона.

Вам необходимо ответить на все предложенные в этой форме вопросы, за исключением вопросов с пометкой «*не обязательно». Если в Вашей форме не окажется необходимой нам информации, мы свяжемся с Вами, чтобы получить ее. Если Вы не предоставите нам такую информацию, мы не сможем принять решение по Вашим льготам. Возможно, в этом случае Вам придется подать новое заявление, иначе Вам может быть отказано в обслуживании.

В большинстве случаев Вы вправе ознакомиться со своей личной информацией, содержащейся в записях федеральных органов и органов штата. При необходимости Вы можете ознакомиться с ней в альтернативном формате (например, напечатанной крупным шрифтом). За дополнительной информацией обращайтесь в DHCS Information Protection Unit по адресу:

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Указанные ниже законы штата наделяют нас правом собирать и хранить информацию: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. Мы обязаны предоставить Вам настоящий документ Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17.