

Access NY Дополнение А

Настоящее Дополнение заполняется всеми заявителями, которые:

- в возрасте 65 лет и старше
- имеют медицинское заключение о слепоте или инвалидности (без ограничений возраста)
- не имеют медицинского заключения об инвалидности, но страдают хроническим заболеванием
- помещены в лечебное учреждение и подают заявление на страховое покрытие пребывания в учреждении по уходу за престарелыми.
Сюда относится уход в больнице, приравниваемый к уходу, который обеспечивается в учреждении по уходу за престарелыми.

Примечание. Если вы подаете заявление на участие только в программе Medicare Savings Program (MSP), заполнять настоящее Дополнение не требуется.

ИНСТРУКЦИИ:

- Необходимо заполнить разделы А – F и подписать настоящее Дополнение.
- Если вы или кто-либо из членов вашего домашнего хозяйства подаете заявление на страховое покрытие пребывания в учреждении по уходу за престарелыми, вы также должны заполнить разделы G – I.

А. Настоящее Дополнение заполняется для:

Официальная фамилия	Официальное имя	2-й инициал	Номер Social Security	Семейное положение

Примечание. Остальные вопросы предназначены для лица (лиц), указанного выше.

В. Слепота, инвалидность, хронические заболевания

1. Страдаете ли вы хроническим заболеванием? Да Нет
(Примерами хронических заболеваний могут быть неспособность работать в течение периода не менее 12 месяцев в результате заболевания или травмы или наличие заболевания или нарушения функций организма, обуславливающего потерю трудоспособности, которое длится или предположительно будет длиться 12 месяцев.)

2. Имеете ли вы медицинское заключение о слепоте, выданное Комиссией Commission for the Blind and Visually Handicapped? (Если да, представьте подтверждение). Да Нет

3. Если вы являетесь инвалидом и работаете, заинтересованы ли вы в подаче заявления на участие в программе MBI-WPD? Да Нет

Программа Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) для работающих инвалидов обеспечивает страховое покрытие по программе Medicaid для работающих инвалидов в возрасте от 16 до 65 лет. Данная программа предусматривает более высокие уровни дохода, чем стандартная программа Medicaid, поэтому работающие инвалиды могут зарабатывать больше и сохранять свои льготы по программе Medicaid.

- С. Проживаете ли вы в доме престарелых или в пансионате с медицинским уходом? Да Нет

D. Ресурсы/активы (отметить соответствующий пункт):

- Вы подаете заявление о страховом покрытии по программе Medicaid, а не о страховом покрытии услуг по месту жительства с долгосрочным уходом. Вы можете подтвердить сумму имеющихся у вас ресурсов. Вы не обязаны представлять документы с информацией о ваших ресурсах. В данное страховое покрытие не включены услуги учреждений по уходу за престарелыми, услуги по обслуживанию на дому или по месту жительства с долгосрочным уходом, указанные ниже.*
- Вы подаете заявление о страховом покрытии услуг по месту жительства с долгосрочным уходом. Вы должны представить документы, свидетельствующие о текущем размере ваших ресурсов.* Эти услуги предусматривают следующее:
- уход за взрослыми в учреждениях пансионного типа;
 - квалифицированный уход на дому в ограниченном объеме;
 - услуги индивидуальных сиделок;
 - хоспис на базе местных медицинских учреждений;
 - программа пребывания в приюте для неизлечимо больных;
 - программа проживания с предоставлением частичного ухода;
 - программа бытовой помощи по индивидуальным потребностям пациента;
 - обслуживание на дому официальным патронажным агентством;
 - услуги лечебного пансиона;
 - индивидуальная неотложная помощь по вызову;
 - индивидуальное обслуживание больных;
 - долгосрочное контролируемое медобслуживание по месту жительства;
 - отказ от услуг и предоставление прочих услуг на основе программ обслуживания на дому и по месту жительства.

Примечание. Примерами программ обслуживания на дому и по месту жительства, которые предусматривают отказ от услуг или предоставление прочих услуг, являются программа Traumatic Brain Injury Program и программа Long Term Home Health Care Program.

- Вы помещены в лечебное учреждение и подаете заявление о страховом покрытии пребывания в учреждении по уходу за престарелыми. Вы должны представить документы, свидетельствующие о ваших ресурсах с 1 февраля 2006 года или за последние 60 месяцев, в зависимости от того, какой период короче.

* Вы можете иметь право на получение услуг по краткосрочной реабилитации. Услуги по краткосрочной реабилитации предусматривают однократное пребывание в любой 12-месячный период в течение 29 дней, идущих подряд, в учреждении по уходу за престарелыми и/или использование услуг, предоставляемых на дому официальным патронажным агентством.

Укажите все ресурсы, которыми владеете вы и/или ваш(а) супруг(-а)/родитель(-и), включая попечительские счета. В случае подачи заявления о страховом покрытии пребывания в учреждении по уходу за престарелыми, укажите также все счета, закрытые с 1 февраля 2006 год или за последние 60 месяцев, в зависимости от того, какой период короче; приложите сведения об остатке средств на момент закрытия и сообщите, куда остаток средств был переведен, и как он был потрачен. На отдельном листе укажите сведения по каждой операции на сумму 2000 долларов и выше. **Примечание.** Программа Medicaid предусматривает сохранение права на проверку всех операций, совершенных в течение прошедшего периода, за который рассматривается осуществление перевода.

1. Чековые/сберегательные счета/счета в кредитных союзах/депозитные сертификаты (CD):

Название банка и номер счета	Имя владельца (владельцев)	Текущая сумма в долларах	Остаток на закрытом счете/Дата закрытия
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

2. Пенсионные счета (счета с отсроченными выплатами, IRA и/или Keogh):

Номер счета	Имя владельца (владельцев)	Тип/учреждение	Текущая сумма в долларах	Выплата
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

3. Полисы страхования жизни:				
Страховая компания	Номер страхового полиса	Имя владельца (владельцев)	Денежная стоимость	Номинальная стоимость
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

4. Аннуитеты, акции, облигации, паевые инвестиционные фонды:			
Имя владельца (владельцев)	Компания	Дата покупки	Стоимость
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

5. Трастовые счета: Если вы и/или ваш(-а) супруг(-а) являетесь учредителем или бенефициаром траста, представьте копию документа об учреждении траста, включая перечень активов траста.					
Наименование траста	Учредитель траста	Доверенное лицо (лица)	Активы	Бенефициар	Доход
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

6. Погребальные активы/Погребальные контракты: (приложить копии)

Имеете ли вы и/или ваш(-а) супруг(-а) предварительно оплаченный договор на погребение, оформленный на вас или другого члена вашей семьи? Да Нет

Имеете ли вы и/или ваш(-а) супруг(-а) место для погребения или участок на кладбище, предназначенные для вас или другого члена вашей семьи? Да Нет

Имеете ли вы и/или ваш(-а) супруг(-а) денежные средства на банковском счете, составляющие похоронный фонд? Да Нет

Если **да**, на каком счете(-ах) находятся денежные средства, составляющие похоронный фонд, принадлежащий вам и/или вашему(-ей) супругу(-е)?

Название банка и номер счета	Имя владельца (владельцев)	Сумма
		\$
		\$
		\$

Есть ли у вас полис страхования жизни, который следует использовать в качестве вашего похоронного фонда? Да Нет

Если **да**, укажите номер(а) страхового полиса(-ов)? _____

Если **да**, следует ли использовать полную денежную стоимость для покрытия расходов на ваше погребение? Да Нет

Есть ли у вашего(-ей) супруга(-и) полис страхования жизни, который следует использовать в качестве похоронного фонда? Да Нет

Если **да**, укажите номер(а) страхового полиса(-ов)? _____

Если **да**, следует ли использовать полную денежную стоимость для покрытия расходов на погребение? Да Нет

7. Транспортные средства: Укажите все легковые и грузовые автомобили и микроавтобусы. Укажите все транспортные средства для отдыха, включая жилые автофургоны, снегоходы, лодки и мотоциклы.				
Имя владельца (владельцев)	Год/марка/модель	Рыночная стоимость	Сумма задолженности	В эксплуатации?
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

8. Доля собственного капитала в стоимости жилья:

Если жилье принадлежит вам, какова доля собственного капитала в стоимости жилья? \$ _____
Примечание. Доля собственного капитала представляет собой справедливую рыночную стоимость за вычетом непогашенных залогов, ипотечных ссуд и т.д.

9. Укажите прочие ресурсы:

Вид ресурсов	Имя владельца (владельцев)	Сумма
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

E. Недвижимость (кроме основного места проживания)

Владеете ли вы и/или ваш(-а) супруг(-а) на праве собственности другим недвижимым имуществом или имеете ли имущественное право на него? (Отметить все соответствующие пункты) Да Нет

<input type="checkbox"/> Сдаваемая внаем недвижимость	<input type="checkbox"/> Загородный летний дом	<input type="checkbox"/> Таймшер	<input type="checkbox"/> Пустующие земли	<input type="checkbox"/> Прочее недвижимое имущество (в штате Нью-Йорк или за его пределами)
---	--	----------------------------------	--	--

Если **да**, ответьте на следующие вопросы:

Имя и адрес владельца (владельцев)	Адрес объекта недвижимости	Форма собственности (отметить один пункт)	Доля собственного капитала
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$

F. Основное место жительства

1. Владеете ли вы или ваш(-а) супруг(-а) на праве собственности или имеете ли вы имущественное право на ваше жилье, включая право на пожизненное владение недвижимым имуществом? Да Нет

2. Если вы помещены в медицинское учреждение и владеете на праве собственности своим жильем, намерены ли вы вернуться домой? Да Нет

3. Если **нет**, проживает ли кто-либо у вас дома? Да Нет

Кто проживает у вас дома? _____

Какое отношение имеет данное лицо к вам и/или вашему(-ей) супругу(-е)? _____

Если у вас дома проживает ваш ребенок и/или ребенок вашего(-ей) супруга(-и) (независимо от возраста ребенка), является ли он инвалидом? Да Нет

Примечание. Если существует юридическое ограничение, препятствующее осуществлению вами продажи имущества, данное имущество не учитывается при установлении вашего права на страхование по программе Medicaid.

ОСТАНОВИТЕСЬ НА ЭТОМ ПУНКТЕ, если вы или кто-либо из членов вашей семьи не находитесь на лечении в медицинском учреждении и подаете заявление о страховом покрытии пребывания в учреждении по уходу за престарелыми. В любом случае последняя страница данного документа ДОЛЖНА быть подписана.

Г. Заявитель, проживающий в учреждении долгосрочного ухода/учреждении по уходу за престарелыми

Название учреждения	Дата приема / /	Номер телефона ()	
№ дома и улица	Город	Штат	Почтовый индекс
Предыдущий адрес заявителя	Город	Штат	Почтовый индекс

Н. Передача активов**1. Передача прав собственности**

- a. Осуществляли ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени передачу, смену собственника или продажу, в т.ч. с уступкой в цене, каких-либо активов, включая ваше жилье или иное недвижимое имущество? Да Нет
- b. Находитесь ли вы в процессе продажи имущества? Да Нет
- c. Осуществляли ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени внесение изменений в договор о передаче прав собственности на недвижимое имущество или смену собственника недвижимого имущества, включая создание права на пожизненное владение недвижимым имуществом?
Если **да**, когда? _____ Да Нет
- d. Если вы приобрели право пожизненного владения недвижимым имуществом в отношении жилья другого лица, проживали ли вы на его территории в течение периода не менее одного года после приобретения права пожизненного владения недвижимым имуществом? Да Нет
- e. Приобретали ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени ипотечный сертификат участия, сертификат участия в кредите или простой вексель?
Если **да**, когда? _____ Да Нет
- f. Осуществляли ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени покупку или изменение аннуитета? Да Нет
Если **да**, когда? _____

2. Осуществляли ли вы или ваш(-а) супруг(-а) за последние 60 месяцев учреждение траста или передачу активов в траст или вывод активов из траста? Да Нет

Если вы ответили положительно на любой из приведенных выше вопросов, поясните такую передачу в отведенном ниже месте. Приложите дополнительные листы, если это необходимо.

Описание активов (включая доход)	Дата передачи	Кому передано	Сумма переданных активов
			\$
			\$
			\$
			\$

3. Вносили ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени задаток на счет какого-либо медицинского учреждения или учреждения пансионатного типа, например, учреждения по уходу за престарелыми, пансионата с медицинским уходом, учреждения для пенсионеров с постоянным уходом или учреждения для престарелых с пожизненным уходом? **Если да, приложите копию договора.** Да Нет

I. Налоговые декларации

- Подавали ли вы и/или ваш(-а) супруг(-а) за последние четыре года декларации гражданина США о подоходном налоге? Да Нет
Если да, приложите копии налоговых деклараций.

После получения страхового покрытия по программе Medicaid, в отношении вашего недвижимого имущества может быть оформлено право залогового удержания или получения возмещения при определенных обстоятельствах, если вы помещены в медицинское учреждение и, как предполагается, не вернетесь домой. Суммы страхового покрытия, выплаченного в вашу пользу по программе Medicaid, могут быть взысканы с лиц, которые несли юридическую ответственность за оказание вам помощи в период предоставления медицинских услуг. Кроме того, по программе Medicaid может быть взыскана стоимость услуг и ошибочно выплаченные премии.

Согласно федеральному законодательству и законодательству Штата передача активов по стоимости, которая ниже их справедливой рыночной стоимости, осуществленная тем или иным лицом, или супругом(-ой) данного лица, в течение прошедшего периода, за который рассматривается передача активов (или 60 месяцев в случае передачи, связанной с трастом), до первого числа месяца, в котором данное лицо будет являться получателем услуг в учреждении по уходу за престарелыми, и будет установлено, что нет других ограничивающих обстоятельств для получения им страхового покрытия по программе Medicaid, может привести к тому, что данное лицо не будет иметь права на получение услуг в учреждении по уходу за престарелыми в течение определенного периода времени.

В качестве условия страхования по программе Medicaid для оплаты услуг учреждения по уходу за престарелыми заявители обязаны представить сведения о любом праве данного лица или супруга(-и) данного лица на аннуитет. Раскрытие данной информации требуется независимо от того, является ли аннуитет безвозвратным или представляет собой учитываемый ресурс.

Помимо приобретения аннуитета определенные операции, совершенные в отношении аннуитета заявителем или супругом(-ой) заявителя с 8 февраля 2006 года, могут рассматриваться как передача, кроме случаев, когда:

- Штат указан первым в качестве бенефициара с выжидательным правом в отношении, как минимум, суммы, уплачиваемой по программе Medicaid от имени получателя аннуитета.
- Штат указан вторым после гражданского супруга(-и) или несовершеннолетнего ребенка, или ребенка, являющегося инвалидом, или первым если такой(-ая) супруг(-а) или представитель такого ребенка распорядится любой такой оставшейся частью активов по стоимости, которая ниже их справедливой рыночной стоимости.

Если не будут представлены документы, подтверждающие то, что Штат указан в качестве бенефициара с выжидательным правом, вы можете не иметь права на страховое покрытие услуг по уходу за престарелыми.

Если аннуитет является учитываемым ресурсом на момент подачи заявления, вы/ваш(-а) супруг(-а) не обязаны указывать Штат в качестве бенефициара с выжидательным правом.

Я подтверждаю, осознавая ответственность за представление заведомо ложных сведений, что сведения, указанные в настоящем документе, являются, насколько мне известно, достоверными и полными. Мне разъяснена обязанность сообщать обо всех изменениях данных сведений в течение 10 дней после изменения.

X _____
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

X _____
ДАТА ПОДПИСАНИЯ

X _____
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

X _____
ДАТА ПОДПИСАНИЯ