



 NEW YORK STATE | Department of Health

**access**  
**NY**  
health care

**Ubezpieczenie zdrowotne  
dla osób starszych, osób z niepełnosprawnością oraz  
określonych innych grup ludności**

**WNIOSEK**



# INSTRUKCJA

**OŚWIADCZENIE o POUFNOŚCI** Wszystkie informacje podane w niniejszym wniosku pozostaną poufne. Jedynymi osobami, które zapoznają się z tymi informacjami, są Doradcy oraz stanowe lub lokalne agencje i plany opieki zdrowotnej. Informacje te są niezbędne w celu ustalenia, czy Ty (wnioskodawca) i członkowie Twojej rodziny kwalifikujesz się do otrzymania pomocy. Osoba pomagająca Ci w wypełnieniu wniosku nie może omawiać tych informacji z nikim, z wyjątkiem przełożonego lub stanowych bądź lokalnych agencji lub planów opieki zdrowotnej, które potrzebują tych informacji.

**CEL NINIEJSZEGO WNIOSKU** Wypełnij ten wniosek, jeśli chcesz uzyskać ubezpieczenie zdrowotne na pokrycie kosztów leczenia. Za pomocą niniejszego wniosku można ubiegać się o Medicaid, Family Planning Benefit Program (program świadczeń na planowanie rodziny) lub o pomoc w opłaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne. Wniosek można złożyć dla siebie i/lub mieszkających z Tobą członków najbliższej rodziny.

**JEŚLI Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI POTRZEBUJESZ POMOCY W WYPEŁNIENIU TEGO WNIOSKU, ZADZWOŃ DO LOKALNEGO WYDZIAŁU USŁUG SPOŁECZNYCH (DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES). PRACOWNICY DOŁOŻĄ WSZELKICH STARAŃ, ABY ZAPEWNIĆ ODPOWIEDNIĄ POMOC DOSTOSOWANĄ DO TWOICH POTRZEB.**

**PRZECZYTAJ** cały wniosek, zanim zaczniesz go wypełniać. Niniejszy wniosek wraz z suplementem A musi być wypełniony w całości, jeśli masz 65 lat lub więcej, jesteś niewidomy(-a), posiadasz orzeczenie o niepełnosprawności lub przebywałeś w instytucji i/lub jeśli składasz wniosek o pokrycie kosztów opieki w domu opieki. Suplement A zawiera pytania dotyczące posiadanych zasobów, takich jak pieniądze w banku lub posiadany majątek. Wniosek ten jest również stosowany w przypadku składania wniosku za pośrednictwem świadczeniodawcy, dla osób w ciąży lub poniżej 19. roku życia. Jeżeli wniosek dotyczy osoby w ciąży lub dziecka poniżej 19. roku życia, należy wypełnić tylko części od A do G, część I oraz J.

Wszyscy pozostali wnioskodawcy Medicaid muszą złożyć wniosek za pośrednictwem NY State of Health (Wydział Zdrowia stanu Nowy Jork). Możesz skontaktować się z NY State of Health, odwiedzając stronę internetową <https://nystateofhealth.ny.gov/> lub telefonicznie pod numerem 1-855-355-5777.

Za każdym razem, gdy zobaczysz we wniosku słowa **WYŚLIJ DOWÓD**, przejdź do części „Dokumenty potrzebne przy ubieganiu się o ubezpieczenie zdrowotne”, aby uzyskać listę akceptowanych dokumentów potwierdzających, strony 4–6.

**JAK UZYSKAĆ POMOC** Składając wniosek o publiczne ubezpieczenie zdrowotne, **NIE MUSISZ** odwiedzać lokalnego wydziału usług społecznych ani Doradcy w celu odbycia rozmowy, ale **MOŻESZ** przyjść lub skontaktować się z Doradcą, aby uzyskać pomoc w wypełnieniu tego wniosku. Możesz uzyskać listę Doradców w miejscu, w którym otrzymałeś(-aś) ten wniosek, lub zadzwonić pod numer 1-800-698-4543. Możesz również skontaktować się z infolinią Medicaid pod numerem 1-800-541-2831. **WSZELKA POMOC JEST BEZPŁATNA.**

**(1-877-898-5849 w przypadku infolinii TTY dla osób niedostępujących).**

Po wypełnieniu niniejszego wniosku prześlij go pocztą / zwróć do lokalnego wydziału usług społecznych w hrabstwie, w którym mieszkasz. [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm)

## CZĘŚĆ A

### Dane wnioskodawcy

Musimy być w stanie skontaktować się z osobami składającymi wniosek o ubezpieczenie zdrowotne. Adres zamieszkania to adres, pod którym mieszkają osoby składające wniosek o ubezpieczenie zdrowotne. Adres do korespondencji, jeśli jest inny, to adres, na który mamy wysłać karty ubezpieczenia zdrowotnego i zawiadomienia dotyczące Twojej sprawy. Możesz również poinformować nas, czy chcesz, aby ktoś inny otrzymał informacje o Twojej sprawie i/lub mógł o niej porozmawiać.

## CZĘŚĆ B

### Dane członków rodziny

Prosimy o podanie informacji o wszystkich osobach, które z Tobą mieszkają, nawet jeśli nie starają się o ubezpieczenie zdrowotne. Ważne jest, aby wymienić wszystkie osoby, które z Tobą mieszkają, co pozwoli nam podjąć właściwą decyzję dotyczącą kwalifikacji. Podaj nazwisko przed zawarciem związku małżeńskiego, jeśli dotyczy to danej osoby. Podaj także miejscowość, stan i kraj urodzenia. Jeśli dana osoba urodziła się poza Stanami Zjednoczonymi, wpisz tylko kraj urodzenia.

- **Czy ta osoba jest w ciąży?** Jeśli tak, jaki jest termin porodu? Ta informacja pomoże nam określić wielkość Twojej rodziny. Osoba w ciąży liczy się jako dwie osoby.
- **Pokrewieństwo/relacja z osobą w wierszu 1.** Wyjaśnij, w jaki sposób każda osoba jest spokrewniona lub spowinowacona z osobą wymienioną w wierszu 1 (np. małżonek, dziecko, pasierb, rodzeństwo, wnuk itd.)
- **Objęcie opieką zdrowotną.** Jeśli Ty lub ktokolwiek, kto z tobą mieszka, jest już zapisany lub był wcześniej zapisany do Medicaid, programu świadczeń na planowanie rodziny lub jakiegokolwiek innej formy pomocy publicznej, takiej jak program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), musimy wiedzieć, jaki był to program. Podaj nam również numer identyfikacyjny na karcie identyfikacyjnej świadczeń stanu Nowy Jork (New York State Benefit Identification Card).
- **Numer ubezpieczenia społecznego.** Numer ubezpieczenia społecznego powinien być podany dla wszystkich osób składających wniosek, jeśli dana osoba go posiada. Jeśli dana osoba nie posiada numeru ubezpieczenia społecznego, pozostaw to pole puste.
- **Obywatelstwo i status imigracyjny.** Te informacje są potrzebne tylko osobom składającym wniosek o ubezpieczenie zdrowotne. Aby kwalifikować się do ubezpieczenia zdrowotnego, osoby w wieku 19 lat i starsze muszą być obywatelami Stanów Zjednoczonych lub przebywać tu legalnie. Jeśli nie będziemy w stanie zweryfikować Twojego obywatelstwa i tożsamości drogą elektroniczną poprzez federalne bazy danych, będziemy musieli zobaczyć dokumentację potwierdzającą obywatelstwo Stanów Zjednoczonych i tożsamość. Skontaktuj się ze swoim lokalnym wydziałem usług społecznych lub zadzwoń pod numer 1-800-698-4543, aby dowiedzieć się, gdzie możesz przynieść te dokumenty. Proszę zauważyć, że jeśli jesteś zapisany(-a) do Medicare lub otrzymujesz zasiłek dla osób z niepełnosprawnościami z ubezpieczenia społecznego (Social Security Disability), ale nie kwalifikujesz się jeszcze do Medicare, nie jest konieczne udokumentowanie obywatelstwa lub tożsamości.
- **Rasa / grupa etniczna.** Ta informacja jest opcjonalna i pomoże nam upewnić się, że wszyscy ludzie mają dostęp do programów. Jeśli wypełniasz tę informację, użyj kodu podanego we wniosku, który najlepiej opisuje rasę lub pochodzenie etniczne każdej osoby. Możesz wybrać więcej niż jedną opcję.



## CZĘŚĆ C

### Dochód rodziny (otrzymywane pieniądze)

- W tej części wymień wszystkie rodzaje dochodów (otrzymywanych pieniędzy) oraz kwoty otrzymywane przez osoby, które wymienisz(-aś) w części B.
- Poinformuj nas, ile zarabiasz przed odliczeniem podatków.
- Jeśli do Twojego domu nie wpływają żadne pieniądze, wyjaśnij, w jaki sposób pokrywasz swoje wydatki na życie, takie jak jedzenie i mieszkanie.
- Musimy wiedzieć, czy zmienisz(-aś) pracę lub czy jesteś studentem.
- Musimy też wiedzieć, czy płacisz innej osobie lub miejscu, np. ośrodkowi opieki dziennej, za opiekę nad Twoimi dziećmi lub niepełnosprawnym małżonkiem czy rodzicem, podczas gdy Ty pracujesz lub chodzisz do szkoły. Jeśli tak, musimy wiedzieć, ile płacisz. Możemy być w stanie odliczyć część kwoty, którą płacisz z tytułu tych kosztów, od kwoty, którą liczymy jako Twój dochód.



## CZĘŚĆ D

### Ubezpieczenie zdrowotne

Ważne jest, aby poinformować nas, czy którakolwiek z osób składających wniosek o ubezpieczenie jest lub mogłaby być objęta ubezpieczeniem zdrowotnym innej osoby. w przypadku niektórych wnioskodawców możemy odliczyć kwotę, którą płacisz za ubezpieczenie zdrowotne, od kwoty, którą liczymy jako Twój dochód; lub możemy być w stanie pokryć koszt Twojej składki na ubezpieczenie zdrowotne, jeśli stwierdzimy, że jest to opłacalne. Możemy być w stanie pomóc w opłaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne, jeśli masz lub możesz uzyskać ubezpieczenie poprzez swoje miejsce pracy. Będziemy musieli zebrać więcej informacji o ubezpieczeniu i wyślemy do Ciebie kwestionariusz ubezpieczeniowy.

Jeśli skończysz 65 lat w ciągu najbliższych trzech miesięcy lub masz 65 lat lub więcej, możesz być uprawniony do dodatkowych świadczeń medycznych w ramach programu Medicare. Masz obowiązek złożyć wniosek o Medicare jako warunek zakwalifikowania się do Medicaid. Medicare jest federalnym programem ubezpieczenia zdrowotnego dla osób, które ukończyły 65 lat lub starszych oraz dla niektórych osób z niepełnosprawnościami, bez względu na dochody. Kiedy dana osoba jest objęta zarówno Medicare, jak i Medicaid, świadczenia są w pierwszej kolejności wypłacane z Medicare, a następnie z Medicaid. Musisz ubiegać się o Medicare, jeśli:

- Cierpisz na przewlekłą niewydolność nerek (schyłkowa niewydolność nerek / ESRD) lub stwardnienie zanikowe boczne (ALS); **LUB**
- W ciągu najbliższych trzech miesięcy ukończysz 65 lat lub masz ukończone 65 lat lub więcej **ORAZ** kwota Twojego dochodu jest na poziomie lub poniżej standardu Medicaid (na podstawie wielkości rodziny dla osoby samotnej lub pary małżeńskiej). Jeśli tak jest, program Medicaid może opłacić Twoje składki lub zrefundować Twoje składki Medicare. Jeśli program Medicaid może opłacić lub zrefundować Twoje składki, będziesz musiał(-a) złożyć wniosek o Medicare jako warunek kwalifikacji do programu Medicaid. Tylko obywatele i przebywający legalnie stali

mieszkańcy, którzy mieszkają w Stanach Zjednoczonych nieprzerwanie od pięciu lat, muszą ubiegać się o Medicare. Wielu imigrantów i osób nieposiadających obywatelstwa nie ma obowiązku ubiegania się o Medicare.

## CZĘŚĆ E

### Wydatki mieszkaniowe

Wpisz swój miesięczny koszt mieszkania. Obejmuje to Twój czynsz, miesięczną ratę kredytu hipotecznego lub inne opłaty mieszkaniowe. Jeśli masz kredyt hipoteczny, wlicz podatki od nieruchomości w kwotę kredytu hipotecznego, którą nam podajesz. Jeśli dzielisz się wydatkami mieszkaniowymi lub Twój czynsz jest subsydiowany, podaj nam tylko kwotę, jaką płacisz za swój czynsz lub hipotekę. Jeśli płacisz za wodę, powiedz nam, ile płacisz i jak często.

## CZĘŚĆ F

### Opieka nad osobami niewidomymi, z niepełnosprawnością, przewlekłe chorobami lub przebywającymi w domach opieki

Te pytania pomagają nam określić, który program jest najlepszy dla każdego wnioskodawcy i jakie usługi mogą być potrzebne. Osoba z niepełnosprawnością, poważną chorobą lub wysokimi rachunkami za leczenie może być w stanie uzyskać więcej usług opieki zdrowotnej. Możesz być osobą niepełnosprawną, jeśli Twoje codzienne czynności są utrudnione z powodu choroby lub stanu, który trwa lub będzie trwał przez co najmniej 12 miesięcy. Jeśli jesteś osobą niewidomą, z niepełnosprawnością, przewlekłe chorą lub potrzebujesz opieki w domu opieki, musisz wypełnić suplement A. Jeśli nie dotyczy to Ciebie i nikt z wnioskodawców nie jest osobą niewidomą, z niepełnosprawnością, przewlekłe chorą ani nie przebywa w domu opieki, przejdź do części G.

## CZĘŚĆ G

### Dodatkowe pytania dotyczące zdrowia

Jeśli masz zaptalone lub niezaptalone rachunki za opiekę medyczną z ostatnich trzech miesięcy, Medicaid może potencjalnie pokryć te koszty. Poinformuj nas, kogo dotyczą te rachunki i w jakich miesiącach koszty zostały poniesione. Dołącz kopie rachunków za opiekę medyczną do tego wniosku. Uwaga: Ten trzymiesięczny okres rozpoczyna się, gdy lokalny wydział usług społecznych otrzyma Twój wniosek lub gdy spotkasz się z Doradcą w celu złożenia wniosku. Musisz nam powiedzieć, jaki był Twój dochód w ciągu ostatnich miesięcy, w których otrzymałeś(-aś) rachunki za opiekę medyczną, abyśmy mogli sprawdzić, czy kwalifikujesz się do pomocy za ten okres. Pytamy również o miejsce Twojego zamieszkania w ciągu ostatnich trzech miesięcy, gdyż może to wpłynąć na naszą zdolność do zapłaty



przeszłych rachunków. Pytamy także o wszelkie toczące się sprawy sądowe lub problemy zdrowotne spowodowane przez kogoś innego, abyśmy wiedzieli, czy ktoś inny powinien pokryć jakąkolwiek część kosztów Twojej opieki medycznej.

## CZĘŚĆ H

### Rodzic lub małżonek niemieszkający z rodziną lub zmarły

- **Jeśli któryś z wnioskodawców ma małżonka lub rodzica nieobecnego przy rodzinie, musisz wypełnić tę część, abyśmy mogli sprawdzić, czy wsparcie medyczne jest dostępne dla Ciebie lub Twojego dziecka.**
- **Jeśli jesteś w ciąży, nie musisz odpowiadać na te pytania aż do 60 dni po narodzinach Twojego dziecka.** Wszystkie inne osoby, które składają wniosek o ubezpieczenie i mają ukończone 21 lat, muszą być gotowe udzielić informacji o rodzicu ubiegającego się nieletniego lub małżonku niemieszkającym w gospodarstwie domowym, aby kwalifikować się do ubezpieczenia zdrowotnego, o ile nie istnieje uzasadniony powód. Przykładem „uzasadnionego powodu” jest obawa przed fizyczną lub emocjonalną krzywdą Ciebie lub członka rodziny. Pytanie 2 odnosi się do **RODZICA** dowolnego nieletniego wnioskodawcy poniżej 21. roku życia. Pytanie 3 odnosi się do **MAŁŻONKA** każdego wnioskodawcy.
- **Jeśli rodzic składający wniosek nie chce podać tych informacji, dziecko ubiegające się o pomoc może nadal kwalifikować się do Medicaid.**

## CZĘŚĆ I

### Wybór planu opieki zdrowotnej

**Czym jest plan opieki zdrowotnej?** Jeśli uznano, że kwalifikujesz się do Medicaid, możesz być zobowiązany(-a) do korzystania z opieki zdrowotnej w ramach planu opieki zarządzanej (Managed Care). Plan opieki zarządzanej zapewni Ci opiekę poprzez współpracę z siecią lekarzy, klinik, szpitali i aptek, aby zapewnić swoim członkom wysokiej jakości opiekę zdrowotną. Kiedy przystępujesz do planu, wybierasz z niego jednego lekarza (lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – Primary Care Provider, PCP), który będzie zajmował się Twoimi regularnymi potrzebami zdrowotnymi i medycznymi. Jeśli chcesz zatrzymać lekarza, z którego usług korzystasz, musisz wybrać plan, który będzie współpracował z Twoim lekarzem. Plany opieki zarządzanej koncentrują się na opiece profilaktycznej, aby małe problemy nie stały się dużymi. Jeśli potrzebujesz pomocy specjalisty, Twój PCP może skierować Cię do specjalisty z sieci Twojego planu.

**Kto musi wybrać plan opieki zdrowotnej? WIĘKSZOŚĆ** osób kwalifikujących się do Medicaid **MUSI** wybrać plan opieki zdrowotnej, aby jak najpełniej skorzystać ze świadczeń Medicaid. Czytaj dalej, aby dowiedzieć się skąd można uzyskać więcej informacji na ten temat.

#### **Skąd mam wiedzieć, jaki plan opieki zdrowotnej wybrać i czy mogę się do niego zapisać?**

W przypadku Medicaid, jeśli chcesz dowiedzieć się więcej o tym, jak działają plany opieki zarządzanej, czy musisz się do nich przyłączyć i jak wybrać plan, zadzwoń do **Medicaid CHOICE** pod numer **1-800-505-5678**, lub do lokalnego wydziału usług społecznych albo udaj się tam osobiście. Poproś o pakiet informacyjny o opiece zarządzanej (Managed Care Education Packet). Informacje o planach opieki zdrowotnej znajdują się również na stronie internetowej Wydziału Zdrowia stanu Nowy Jork (NYS Department of Health) pod adresem [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). Możesz również zapisać się telefonicznie, dzwoniąc pod numer **1-800-505-5678**.

**UWAGA:** Jeśli Ty lub członek Twojej rodziny kwalifikujecie się do Medicaid i jesteście rdzennymi Amerykanami / rdzennymi mieszkańcami Alaski, nie musicie przystępować do planu opieki zdrowotnej. **Zostaniesz** zapisany(-a) do wybranego planu opieki zdrowotnej, o ile nie zaznaczysz na wniosku pola z informacją, że nie chcesz zostać zapisany(-a), lub nie poinformujesz nas o tym, dzwoniąc lub pisząc do lokalnego wydziału usług społecznych.

## CZĘŚĆ J

### Podpis

Proszę uważnie przeczytać akapit w niniejszej części i zapoznać się z częścią **Warunki, prawa i obowiązki**. Następnie musisz podpisać wniosek i opatrzyć go datą. Pamiętaj, aby wystąpić do lokalnego wydziału usług społecznych w hrabstwie, w którym mieszkasz.

# DOKUMENTY POTRZEBNE PRZY UBIEGANIU SIĘ O UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Imię i nazwisko wnioskodawcy \_\_\_\_\_

Data wniosku \_\_\_\_\_

**\* Zapisy nie zostaną zakończono, dopóki nie otrzymamy wszystkich NIEZBĘDNYCH pozycji. Jeśli potrzebujesz pomocy w zdobyciu którejs z tych pozycji, poinformuj nas o tym.**

NIE MUSISZ PRZEKAZYWAĆ NAM **WSZYSTKICH** WYMIENIONYCH DOKUMENTÓW. Potrzebujemy tylko tych dokumentów, które dotyczą Ciebie lub innych osób składających wnioski. Jeśli nie będziemy w stanie zweryfikować Twojego obywatelstwa i tożsamości drogą elektroniczną poprzez federalne bazy danych, będziemy musieli zobaczyć dokumentację potwierdzającą obywatelstwo Stanów Zjednoczonych i tożsamość. Prosimy nie wysyłać pocztą oryginałów dokumentów potwierdzających obywatelstwo Stanów Zjednoczonych lub tożsamość. Kopie innych dokumentów potrzebnych do określenia kwalifikowalności można przestać pocztą wraz z wnioskiem lub złożyć w lokalnym wydziale usług społecznych. Skontaktuj się ze swoim lokalnym wydziałem usług społecznych lub zadzwoń pod numer 1-800-698-4543, aby dowiedzieć się, gdzie możesz przynieść dokumenty.

**Należy przedstawić dowód tożsamości, obywatelstwa Stanów Zjednoczonych i/lub statusu imigracyjnego oraz daty urodzenia.**

Możesz przedstawić **JEDEN** z następujących dokumentów potwierdzających obywatelstwo Stanów Zjednoczonych, tożsamość i datę urodzenia:

- Paszport / dowód osobisty Stanów Zjednoczonych
- Świadectwo nadania obywatelstwa (formularz Wydziału Bezpieczeństwa Wewnętrznego (Department of Homeland Security, DHS) N-550 lub N-570)
- Dokument potwierdzający posiadanie obywatelstwa (formularz DHS N-560 lub N-561)
- Rozszerzone prawo jazdy stanu Nowy Jork (NYS Enhanced Driver's License, EDL).
- Dokument plemienny rdzennych mieszkańców Ameryki (Native American Tribal Document) wydany przez plemię uznane przez władze federalne

Jeżeli żaden z powyższych dokumentów nie jest dostępny, **JEDEN** dokument z listy dotyczącej obywatelstwa Stanów Zjednoczonych oraz **JEDEN** z listy dotyczącej tożsamości mogą zostać użyte do udowodnienia obywatelstwa i/lub tożsamości.

Ta lista nie jest zamknięta. Jeśli nie posiadasz jednego z tych dokumentów, zapoznaj się z częścią „Jak uzyskać pomoc” w instrukcji.

**Dokumenty oznaczone \* wskazują także datę urodzenia**

**Obywatelstwo Stanów Zjednoczonych** (Przedstaw jeden)

- Akt urodzenia wydany w Stanach Zjednoczonych\*
- Akt Urodzenia wydany przez Departament Stanu (Department of State) (Formularze FS-545 lub DS-1350)\*
- Zgłoszenie narodzin za granicą (FS-240)
- Krajowy dokument tożsamości USA (Formularz I-197 lub I-179)
- Rejestry religijne/szkolne\*
- Wojskowy rejestr służby wskazujący miejsce urodzenia w USA
- Prawomocny wyrok adopcyjny
- Dowód zakwalifikowania do obywatelstwa Stanów Zjednoczonych zgodnie z Ustawą o obywatelstwie dzieci (Child Citizenship Act) z 2000 r.

**ORAZ**

**Tożsamość** (Przedstaw jeden)

- Stanowe prawo jazdy lub dokument tożsamości ze zdjęciem\*
- Dokument tożsamości wydany przez federalną, stanową lub lokalną agencję rządową
- Legitymacja wojskowa USA lub rejestr poborowy lub karta poświadczająca status oficera marynarki handlowej (Merchant Mariner Card) wydana przez Straż Przybrzeżną USA
- Legitymacja szkolna ze zdjęciem (może wskazywać również datę urodzenia)
- Zaświadczenie o stopniu pokrewieństwa z rdzennymi Amerykanami lub inny dokument plemienny rdzennych mieszkańców Ameryki/Alaski ze zdjęciem
- Zweryfikowane rejestry szkół, przedszkoli lub ośrodków opieki dziennej (dla dzieci poniżej 18. roku życia) (mogą wskazywać również datę urodzenia)
- Rejestry klinik, lekarzy lub szpitali (dla dzieci poniżej 18. roku życia)\*

**Jeśli nie posiadasz jednego z dokumentów, które pokazują Twoją datę urodzenia, musisz również przedstawić jeden z poniższych dokumentów:**

- Akt małżeństwa
- Karta identyfikacyjna świadczeń stanu Nowy Jork

**\* Prosimy zwrócić wszystkie niezbędne dokumenty do dnia:** \_\_\_\_\_

**lub wniosek może zostać odrzucony.**

# DOKUMENTY POTRZEBNE PRZY UBIEGANIU SIĘ O UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

## Jeżeli nie jesteś obywatelem(-ką) Stanów Zjednoczonych

Poniższa lista zawiera niektóre z najbardziej powszechnych formularzy służb ds. obywatelstwa i imigracji (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) używanych do wykazania Twojego statusu imigracyjnego.

Ta lista nie jest zamknięta. Jeśli nie posiadasz jednego z tych dokumentów, zapoznaj się z częścią „Jak uzyskać pomoc” w instrukcji.

Musimy otrzymać **JEDEN** z następujących dokumentów potwierdzających status imigracyjny, tożsamość i datę urodzenia. Musisz udowodnić wszystkie trzy.

**Dokumenty oznaczone \* wskazują także datę urodzenia**

### Status imigracyjny / tożsamość

- I-551 Karta stałego pobytu („zielona karta”)\*
- I-688B lub I-766 Dowód zezwolenia na pracę (Employment Authorization Card)\*

### Status imigracyjny, ale wymaga dodatkowego dokumentu tożsamości

- I-94 Rejestr przyjazdów/wyjazdów\*
- Formularz USCIS I-797 Powiadomienie o podjęciu działania (Notice of Action)

### Data urodzenia / Tożsamość, ale wymaga dodatkowego dokumentu potwierdzającego status imigracyjny

- Wiza
- Paszport Stanów Zjednoczonych

**Adres zamieszkania: Adres ten musi być zgodny z adresem zamieszkania, który został podany w części A wniosku. Dowód musi być opatrzony datą przypadającą najpóźniej w ciągu 6 miesięcy przed podpisaniem wniosku.**

- Umowa najmu / list / pokwitowanie czynszu z Twoim adresem zamieszkania od wynajmującego
- Rachunek za usługi komunalne (gaz, prąd, telefon, kablówkę, paliwo lub wodę)
- Rejestr podatków od nieruchomości lub wyciąg z hipoteki
- Prawo jazdy (jeśli zostało wydane w ciągu ostatnich 6 miesięcy)
- Dowód tożsamości wydany przez władze rządowe z adresem zamieszkania
- Koperta lub karta pocztowa z datą stempla pocztowego (nie może być użyta, jeśli została wysłana na skrytkę pocztową)

**DOWÓD AKTUALNEGO DOCHODU LUB DOCHODU, KTÓRY MOŻESZ UZYSKAĆ w PRZYSZŁOŚCI, NP. ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH LUB POZEW SĄDOWY: Musisz dostarczyć list, pisemne oświadczenie lub kopię czeku lub odinków od pracodawcy, osoby lub agencji zapewniającej dochód. NIE MUSISZ PRZEKAZYWAĆ NAM WSZYSTKICH WYMIENIONYCH DOKUMENTÓW, tylko te, które dotyczą Ciebie i osób, które z Tobą mieszkają.**

**Wymagany jest jeden dowód na każdy rodzaj dochodu, który posiadasz. Dostarcz najbardziej aktualny dowód dochodu przed opodatkowaniem i wszelkimi innymi odliczeniami. Dowód musi być opatrzony datą, zawierać imię i nazwisko pracownika oraz wykazywać dochód brutto za okres rozliczeniowy. Dowód musi dotyczyć ostatnich czterech tygodni, niezależnie od tego, czy otrzymujesz wypłatę tygodniową, dwutygodniową czy miesięczną. Ważne jest, aby dokumenty były aktualne.**

### Płace i wynagrodzenia

- Odcinki wypłaty
- List od pracodawcy na papierze firmowym, podpisany i datowany
- Dokumentacja biznesowa/płacowa

### Samozatrudnienie

- Aktualne, podpisane i opatrzone datą zeznanie podatkowe wraz z wszystkimi załącznikami
- Dokumentacja zarobków i wydatków / dokumentacja biznesowa

### Zasiłek dla bezrobotnych

- List o przyznaniu / świadectwo przyznania
- Miesięczny wyciąg świadczeń od Departamentu Pracy stanu Nowy Jork (NYS Department of Labor)
- Wydruk informacji o rachunku odbiorcy ze strony internetowej Departamentu Pracy stanu Nowy Jork ([www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov))
- Kopia karty płatności bezpośrednich (Direct Payment Card) z wydrukiem
- Korespondencja od Departamentu Pracy stanu Nowy Jork

### Emerytura / renta prywatna / świadczenia annuitetowe

- Wyciąg z emerytury / renty / świadczenia annuitetowego

### Ubezpieczenie społeczne

- List o przyznaniu / świadectwo przyznania
- Roczny wyciąg świadczeń
- Korespondencja od Wydziału Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration)

### Odszkodowania pracownicze

- List o przyznaniu
- Odcinek czeku

### Świadczenia alimentacyjne (w tym na dzieci)

- List od osoby optacjącej świadczenia
- List z sądu
- Odcinek czeku świadczeń alimentacyjnych (w tym na dzieci)
- Kopia karty NY EPPICard z wydrukiem
- Kopia informacji o rachunku alimentacyjnym dziecka z [www.childsupport.ny.gov](http://www.childsupport.ny.gov)
- Kopia wyciągu bankowego potwierdzającego przelew bankowy

### Świadczenia dla weteranów

- List o przyznaniu
- Odcinek czeku świadczenia
- Korespondencja od Wydziału Spraw Weteranów (Veteran Affairs)

### Żołd

- List o przyznaniu
- Odcinek czeku

### Dochód z najmu lub zakwaterowania

- List od lokatora, osoby zakwaterowanej, najemcy
- Odcinek czeku

### Odsetki/dywidendy/tantiemy

- Aktualny wyciąg z banku, kasy kredytowej lub instytucji finansowej
- List od brokera
- List od agenta
- 1099 lub zeznanie podatkowe (jeśli nie ma innej dokumentacji)



# DOKUMENTY POTRZEBNE PRZY UBIEGANIU SIĘ O UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

**Jeśli płacisz za opiekę nad swoimi dziećmi lub dorosłymi z Twojej rodziny, kiedy pracujesz, dostarcz jeden z poniższych dokumentów:**

- Pisemne oświadczenie z ośrodka opieki dziennej lub innej instytucji zajmującej się opieką nad dziećmi/dorosłymi
- Anulowane czeki lub rachunki potwierdzające Twoje płatności

**Jeśli Ty lub Twój małżonek jesteście zobowiązani do płacenia nakazanych przez sąd alimentów, musisz dostarczyć następujące dokumenty:**

- Nakaz sądowy

**Dowód ubezpieczenia zdrowotnego, dostarcz wszystkie właściwe dokumenty:**

- Dowód aktualnego ubezpieczenia (polisa ubezpieczeniowa, certyfikat ubezpieczeniowy lub karta ubezpieczeniowa)
- Wypowiedzenie ubezpieczenia zdrowotnego
- Karta Medicare (czerwona, biała i niebieska karta)
- Potwierdzenie złożenia wniosku o Medicare
- List o przyznaniu lub odmowie przyznania Medicare

**Jeśli masz rachunki za leczenie z ostatnich trzech miesięcy, dostarcz wszystkie poniższe dokumenty (w stosownych przypadkach):**

Dla określenia kwalifikowalności wydatków na leczenie z ostatnich trzech miesięcy:

- Dowód dochodu za miesiąc (miesiące), w którym (których) poniesiono wydatek
- Dowód miejsca zamieszkania / adresu zamieszkania za miesiąc (miesiące), w którym (których) poniesiono wydatek, jeśli jest inny niż adres wymieniony w części A niniejszego wniosku
- Rachunki za leczenie za ostatnie trzy miesiące, niezależnie od tego, czy je zapłaciłeś(-aś), czy nie

**Zasoby (jeśli masz 65 lat lub więcej, status osoby niewidomej lub zaświadczenie o niepełnosprawności i nie mieszkają z Tobą dzieci poniżej 21. roku życia):**

- Wyciągi z konta bankowego: czekowe, oszczędnościowe, emerytalne (IRA i Keogh)
- Wyciągi akcji, obligacji, certyfikatów
- Kopia polisy ubezpieczeniowej na życie
- Kopia funduszu lub powiernictwa pogrzebowego, aktu własności działki pogrzebowej lub umowy pogrzebowej
- Akt notarialny na nieruchomości inną niż miejsce zamieszkania

**Dokument potwierdzający status studenta w przypadku studentów, jeśli są zatrudnieni:**

- Kopia planu zajęć
- Oświadczenie z uczelni lub uniwersytetu
- Inna korespondencja z uczelni potwierdzająca status studenta



# ACCESS NY OPIEKA ZDROWOTNA Medicaid

Prosimy pisać czytelnie, drukowanymi literami, niebieskim lub czarnym tuszem. Niekompletny wniosek nie może zostać rozpatrzony i spowoduje opóźnienie w podjęciu decyzji w sprawie Twojego wniosku.

## CZĘŚĆ A

**Dane wnioskodawcy** Powiedz nam, kim jesteś i jak się z Tobą skontaktować.

<b>Imię</b>		<b>Pierwsza litera drugiego imienia</b>	<b>Nazwisko</b>	
<b>Główny nr telefonu</b>	<input type="checkbox"/> Domowy <input type="checkbox"/> Komórkowy <input type="checkbox"/> Służbowy <input type="checkbox"/> Inny	<b>Drugi nr telefonu</b>	<input type="checkbox"/> Domowy <input type="checkbox"/> Komórkowy <input type="checkbox"/> Służbowy <input type="checkbox"/> Inny	<b>Jakie znasz języki:</b> W mowie? W piśmie?
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b> osób składających wniosek o ubezpieczenie zdrowotne		<b>Ulica</b>	<b>Nr mieszkania</b>	
<b>WYŚLIJ DOWÓD</b>		<b>Miejscowość</b>	<b>Stan</b>	<b>Kod pocztowy</b> <b>Hrabstwo</b>
<input type="checkbox"/> Zaznacz tutaj w przypadku bezdomności				
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b> osób składających wniosek o ubezpieczenie zdrowotne, jeśli inny niż powyżej.		<b>Ulica</b>	<b>Nr mieszkania</b>	
		<b>Miejscowość</b>	<b>Stan</b>	<b>Kod pocztowy</b>
<b>OPCJONALNIE:</b> Jeśli jest inna osoba, która ma otrzymywać kierowane do Ciebie zawiadomienia Medicaid, prosimy o podanie jej danych kontaktowych. Chcę, aby ta osoba do kontaktu:		<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Stan</b>	
<input type="checkbox"/> Składała wnioski o przyznanie i/lub odnowienie Medicaid w moim imieniu		<b>Ulica</b>	<b>Nr mieszkania</b>	<b>Kod pocztowy</b>
<input type="checkbox"/> W razie potrzeby omówiła mój wniosek lub przypadek Medicaid		<b>Miejscowość</b>	<b>Nr telefonu</b>	<input type="checkbox"/> Domowy <input type="checkbox"/> Komórkowy <input type="checkbox"/> Służbowy <input type="checkbox"/> Inny
<input type="checkbox"/> Otrzymała zawiadomienia i korespondencję				

## Ważna uwaga: Opcje dostępne dla wnioskodawców, którzy są niewidomi lub niedowidzący

Jeśli jesteś niewidomy(-a) lub niedowidzący(-a) i potrzebujesz informacji w alternatywnym formacie, zaznacz rodzaj poczty, którą chcesz od nas otrzymać.

- Standardowe zawiadomienie i zawiadomienie dużą czcionką
- Standardowe zawiadomienie i zawiadomienie na płycie CD z danymi
- Standardowe zawiadomienie i zawiadomienie na płycie CD audio
- Standardowe zawiadomienie i zawiadomienie w alfabecie Braille'a, jeśli uważasz, że żaden z innych alternatywnych formatów nie będzie dla Ciebie równie skuteczny

Jeśli potrzebujesz innych udogodnień, skontaktuj się ze swoim okręgiem usług społecznych.

**WNIOSKI O ŚWIADCZENIA ADMINISTROWANE PRZEZ PROGRAM MEDICAID STANU NOWY JORK (W TYM PROGRAM OSZCZĘDNOŚCIOWY MEDICARE I PROGRAM ŚWIADCZEŃ NA PLANOWANIE RODZINY) SĄ DOSTĘPNE Z DUŻĄ CZCIONKĄ I W FORMATACH DANYCH. WERSJE AUDIO I W ALFABECIE BRAILLE'A WNIOSKÓW SĄ DOSTĘPNE WYŁĄCZNIE W CELACH INFORMACYJNYCH.**

## CZĘŚĆ B

### Dane członków rodziny

Jeśli jesteś członkiem gospodarstwa domowego, zacznij od siebie. Jeśli nie, zacznij od dowolnych osób dorosłych, które są członkami gospodarstwa domowego. Wymień pełne imiona i nazwiska osób składających wnioski o lub już otrzymujących Medicaid **oraz wymień numery identyfikacyjne z ich karty świadczeń lub numer identyfikacyjny karty planu opieki zdrowotnej. Musisz podać informacje dotyczące członków rodziny, w tym rodziców, przybranych rodziców i małżonków. Możesz podać informacje o innych członkach rodziny (np. o dziecku w wieku poniżej 21 lat pozostającym na utrzymaniu). Wymienienie pozostałych członków rodziny może pozwolić nam na przyznanie wyższego poziomu kwalifikowalności. Wnioskodawcy w ciąży lub w wieku poniżej 19 lat mogą kwalifikować się do ubezpieczenia niezależnie od statusu imigracyjnego. Stan Nowy Jork zapewnia prawo do dostępu do świadczeń i usług państwowych bez względu na płeć, tożsamość lub ekspresję płciową. Jeśli chcesz nam podać, jak obecnie identyfikujesz się Ty lub członkowie Twojego gospodarstwa domowego, wybierz również tożsamość płciową.**

	Data urodzenia <b>WYŚLIJ DOWÓD</b> Płeć biologiczna	**Tożsamość płciowa (opcjonalnie)	Czy ta osoba składa wniosek o ubezpieczenie zdrowotne?	Czy ta osoba jest w ciąży?	Czy ta osoba jest rodzicem dziecka składającego wniosek o ubezpieczenie?	Jakie(-a) jest pokrewieństwo/relacja z osobą wymienioną w punkcie 1?	Jeśli osoba ta w przeszłości korzystała lub korzysta z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.	Numer ubezpieczenia społecznego (jeśli go masz)	Prosimy zaznaczyć jedno pole, które wskazuje na Twój obecny status obywatelstwa lub imigracyjny. <b>WYŚLIJ DOWÓD</b>	Rasa / pochodzenie etniczne (opcjonalnie)	**Czy korzystała z usług IHS lub innego programu opieki zdrowotnej rdzennych Amerykanów (Indian Health Program)?
1	____-____-____ <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Osoba niebinarna / Osoba o ekspresji płciowej niezgodnej z normami dotyczącymi płci <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Osoba transpłciowa <input type="checkbox"/> Inna tożsamość Opisz swoją tożsamość (opcjonalnie).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	WNIOSKODAWCA	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Numer identyfikacyjny z karty świadczeń / karty planu, jeśli jest znany:		<input type="checkbox"/> Obywatel Stanów Zjednoczonych <input type="checkbox"/> Imigrant / osoba niebędąca obywatelem Wpisz datę otrzymania statusu imigracyjnego MM DD RRRR <input type="checkbox"/> Osoba niebędąca imigrantem (posiadacz wizy) <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych	<input type="checkbox"/> B - Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin <input type="checkbox"/> I - Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski <input type="checkbox"/> W - Rasa biała <input type="checkbox"/> U - Brak informacji <input type="checkbox"/> **A - Rasa azjatycka <input type="checkbox"/> **U - Rdzenni Hawajczycy lub mieszkańcy wysp Pacyfiku *Inni obywatele Ameryki pochodzący z Azji i wysp Pacyfiku (AAPI) Poinformuj nas również, czy jesteś pochodzenia hispanoamerykańskiego lub latynoskiego <input type="checkbox"/> H - Osoba pochodząca z kraju hiszpańskojęzycznego lub z Ameryki Łacińskiej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2	____-____-____ <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Osoba niebinarna / Osoba o ekspresji płciowej niezgodnej z normami dotyczącymi płci <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Osoba transpłciowa <input type="checkbox"/> Inna tożsamość Opisz swoją tożsamość (opcjonalnie).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Numer identyfikacyjny z karty świadczeń / karty planu, jeśli jest znany:		<input type="checkbox"/> Obywatel Stanów Zjednoczonych <input type="checkbox"/> Imigrant / osoba niebędąca obywatelem Wpisz datę otrzymania statusu imigracyjnego MM DD RRRR <input type="checkbox"/> Osoba niebędąca imigrantem (posiadacz wizy) <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych	<input type="checkbox"/> B - Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin <input type="checkbox"/> I - Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski <input type="checkbox"/> W - Rasa biała <input type="checkbox"/> U - Brak informacji <input type="checkbox"/> **A - Rasa azjatycka <input type="checkbox"/> **U - Rdzenni Hawajczycy lub mieszkańcy wysp Pacyfiku *Inni obywatele Ameryki pochodzący z Azji i wysp Pacyfiku (AAPI) Poinformuj nas również, czy jesteś pochodzenia hispanoamerykańskiego lub latynoskiego <input type="checkbox"/> H - Osoba pochodząca z kraju hiszpańskojęzycznego lub z Ameryki Łacińskiej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

**WYŚLIJ DOWÓD** Zapoznaj się z częścią „Dokumenty potrzebne przy ubieganiu się o ubezpieczenie zdrowotne” na stronach 4–6, aby uzyskać listę dokumentów potwierdzających tożsamość, obywatelstwo lub status imigracyjny.

\*Tożsamość płciowa: Tożsamość płciowa to sposób, w jaki postrzegasz siebie i jak siebie określasz. Twoja tożsamość płciowa może być taka sama jak płeć przypisana przy urodzeniu lub inna.

\*\* Jeżeli wybrano odpowiedź A – Rasa azjatycka, lub P – Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku, prosimy zapoznać się z poniższymi informacjami na temat innych obywateli Ameryki pochodzących z Azji i wysp Pacyfiku (AAPI).

\*Inni obywatele Ameryki pochodzący z Azji / wysp Pacyfiku (opcjonalnie) – prosimy o określenie swojej podgrupy AAPI. Podgrupy wchodzące w skład tej społeczności to między innymi: Chiny, Japonia, Filipiny, Korea, Wietnam, Kambodża, Indonezja, Pakistan, Sri Lanka, Tajwan, Hawaje, Samoa, Tonga, Guam (w tym lud Czamorro), Wyspy Marshalla i Fidzi i inne.

\*\*Czy kiedykolwiek korzystałeś(-aś) z usług Służby Zdrowia Rdzennych Amerykanów (IHS), Plemiennego Programu Opieki Zdrowotnej (Tribal Health Program), Miejskiego Programu Opieki Zdrowotnej Rdzennych Amerykanów (Urban Indian Health Program) lub ze skierowania IHS lub jednego z tych programów?

# CZĘŚĆ B

## Dane członków rodziny

Ciąg dalszy z poprzedniej strony

	Data urodzenia <b>WYŚLIJ DOWÓD</b> Płeć biologiczna	**Tożsamość płciowa (opcjonalnie)	Czy ta osoba składa wniosek o ubezpieczenie zdrowotne?	Czy ta osoba jest w ciąży?	Czy ta osoba jest rodzicem dziecka składającego wniosek o ubezpieczenie?	Jakie(-a) jest pokrewieństwo/relacja z osobą wymienioną w punkcie 1?	Jeśli osoba ta w przeszłości korzystała lub korzysta z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.	Numer ubezpieczenia społecznego (jeśli go masz)	Prosimy zaznaczyć jedno pole, które wskazuje na Twój obecny status obywatelstwa lub imigracyjny. <b>WYŚLIJ DOWÓD</b>	Rasa / pochodzenie etniczne (opcjonalnie)	"Czy korzystała z usług IHS lub innego programu opieki zdrowotnej rdzennych Amerykanów (Indian Health Program)?"
3	Imię, drugie imię, nazwisko Nazwisko rodowe przed zawarciem związku małżeńskiego Miejscowość Stan urodzenia Państwo urodzenia	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Osoba niebinarna / Osoba o ekspresji płciowej niezgodnej z normami dotyczącymi płci <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Osoba transpłciowa <input type="checkbox"/> Inna tożsamość Opisz swoją tożsamość (opcjonalnie).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jaki jest termin porodu? -----	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	WNIOSKODAWCA <input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Numer identyfikacyjny z karty świadczeń / karty planu, jeśli jest znany:		<input type="checkbox"/> Obywatel Stanów Zjednoczonych <input type="checkbox"/> Imigrant / osoba niebędąca obywatelem Wpisz datę otrzymania statusu imigracyjnego MM DD RRRR <input type="checkbox"/> Osoba niebędąca imigrantem (posiadacz wizy) <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych	<input type="checkbox"/> B - Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin <input type="checkbox"/> I - Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski <input type="checkbox"/> W - Rasa biała <input type="checkbox"/> U - Brak informacji <input type="checkbox"/> **A - Rasa azjatycka <input type="checkbox"/> **U - Rdzenni Hawajczycy lub mieszkańcy wysp Pacyfiku *Inni obywatele Ameryki pochodzący z Azji i wysp Pacyfiku (AAPI) Poinformuj nas również, czy jesteś pochodzenia hispanoamerykańskiego lub latynoskiego <input type="checkbox"/> H - Osoba pochodząca z kraju hiszpańskojęzycznego lub z Ameryki Łacińskiej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4	Imię, drugie imię, nazwisko Nazwisko rodowe przed zawarciem związku małżeńskiego Miejscowość Stan urodzenia Państwo urodzenia	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Osoba niebinarna / Osoba o ekspresji płciowej niezgodnej z normami dotyczącymi płci <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Osoba transpłciowa <input type="checkbox"/> Inna tożsamość Opisz swoją tożsamość (opcjonalnie).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jaki jest termin porodu? -----	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Numer identyfikacyjny z karty świadczeń / karty planu, jeśli jest znany:		<input type="checkbox"/> Obywatel Stanów Zjednoczonych <input type="checkbox"/> Imigrant / osoba niebędąca obywatelem Wpisz datę otrzymania statusu imigracyjnego MM DD RRRR <input type="checkbox"/> Osoba niebędąca imigrantem (posiadacz wizy) <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych	<input type="checkbox"/> B - Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin <input type="checkbox"/> I - Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski <input type="checkbox"/> W - Rasa biała <input type="checkbox"/> U - Brak informacji <input type="checkbox"/> **A - Rasa azjatycka <input type="checkbox"/> **U - Rdzenni Hawajczycy lub mieszkańcy wysp Pacyfiku *Inni obywatele Ameryki pochodzący z Azji i wysp Pacyfiku (AAPI) Poinformuj nas również, czy jesteś pochodzenia hispanoamerykańskiego lub latynoskiego <input type="checkbox"/> H - Osoba pochodząca z kraju hiszpańskojęzycznego lub z Ameryki Łacińskiej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5	Imię, drugie imię, nazwisko Nazwisko rodowe przed zawarciem związku małżeńskiego Miejscowość Stan urodzenia Państwo urodzenia	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Osoba niebinarna / Osoba o ekspresji płciowej niezgodnej z normami dotyczącymi płci <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Osoba transpłciowa <input type="checkbox"/> Inna tożsamość Opisz swoją tożsamość (opcjonalnie).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jaki jest termin porodu? -----	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Numer identyfikacyjny z karty świadczeń / karty planu, jeśli jest znany:		<input type="checkbox"/> Obywatel Stanów Zjednoczonych <input type="checkbox"/> Imigrant / osoba niebędąca obywatelem Wpisz datę otrzymania statusu imigracyjnego MM DD RRRR <input type="checkbox"/> Osoba niebędąca imigrantem (posiadacz wizy) <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych	<input type="checkbox"/> B - Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin <input type="checkbox"/> I - Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski <input type="checkbox"/> W - Rasa biała <input type="checkbox"/> U - Brak informacji <input type="checkbox"/> **A - Rasa azjatycka <input type="checkbox"/> **U - Rdzenni Hawajczycy lub mieszkańcy wysp Pacyfiku *Inni obywatele Ameryki pochodzący z Azji i wysp Pacyfiku (AAPI) Poinformuj nas również, czy jesteś pochodzenia hispanoamerykańskiego lub latynoskiego <input type="checkbox"/> H - Osoba pochodząca z kraju hiszpańskojęzycznego lub z Ameryki Łacińskiej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Czy którykolwiek z członków Twojego gospodarstwa domowego jest weteranem?  Tak  Nie Jeśli tak, który: \_\_\_\_\_

**WYŚLIJ DOWÓD** Zapoznaj się z częścią „Dokumenty potrzebne przy ubieganiu się o ubezpieczenie zdrowotne” na stronach 4–6, aby uzyskać listę dokumentów potwierdzających tożsamość, obywatelstwo lub status imigracyjny.

\*Tożsamość płciowa: Tożsamość płciowa to sposób, w jaki postrzegasz siebie i jak siebie określasz. Twoja tożsamość płciowa może być taka sama jak płeć przypisana przy urodzeniu lub inna.

\*\* Jeżeli wybrano odpowiedź A – Rasa azjatycka, lub P – Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku, prosimy zaznaczyć się z poniższymi informacjami na temat innych obywateli Ameryki pochodzących z Azji i wysp Pacyfiku (AAPI).

\*Inni obywatele Ameryki pochodzący z Azji / wysp Pacyfiku (opcjonalnie) – prosimy o określenie swojej podgrupy AAPI. Podgrupy wchodzące w skład tej społeczności to między innymi: Chiny, Japonia, Filipiny, Korea, Wietnam, Kambodża, Indonezja, Pakistan, Sri Lanka, Tajwan, Hawaje, Samoa, Tonga, Guam (w tym lud Czamorro), Wyspy Marshalla i Fidzi i inne.

\*\* Czy kiedykolwiek korzystałeś(-aś) z usług Służby Zdrowia Rdzennych Amerykanów (IHS), Plemiennego Programu Opieki Zdrowotnej (Tribal Health Program), Miejskiego Programu Opieki Zdrowotnej Rdzennych Amerykanów (Urban Indian Health Program) lub ze skierowania IHS lub jednego z tych programów?

**CZĘŚĆ C****Dochód rodziny**Wypisz rodzaje środków pieniężnych i kwoty otrzymywane przez każdą osobę wymienioną w części B oraz **WYŚLIJ DOWÓD****Zarobki z tytułu pracy:** Obejmują płace, wynagrodzenia, prowizje, napiwki, nadgodziny, samozatrudnienie. Jeśli pracujesz w formie samozatrudnienia, zaznacz tutaj:  Jeśli nie posiadasz zarobków z tytułu pracy, zaznacz tutaj: 

Imię i nazwisko osoby	Typ przychodu / nazwa pracodawcy	Jak dużo? (przed opodatkowaniem)	Jak często? (co tydzień, co miesiąc)

**Przychód nie pochodzący z pracy:** Obejmuje zasiłki z pomocy społecznej, renty inwalidzkie, zasiłki dla bezrobotnych, odsetki i dywidendy, świadczenia dla weteranów, odszkodowania pracownicze, świadczenia alimentacyjne (w tym na dzieci), dochody z wynajmu, emerytury i renty, świadczenia annuitetowe oraz dochody powiernicze. Jeśli nie posiadasz przychodu nie pochodzącego z pracy, zaznacz tutaj: 

Imię i nazwisko osoby	Typ dochodu / źródło	Jak dużo? (przed opodatkowaniem)	Jak często? (co tydzień, co miesiąc)

**Datki:** Pieniądze od krewnych lub przyjaciół, współlokatorów lub osób zakwaterowanych (wlicz pieniądze, które ktoś daje ci co miesiąc, by pomóc w pokryciu kosztów utrzymania). Jeżeli nie otrzymujesz datków, zaznacz tutaj: 

Imię i nazwisko osoby	Typ dochodu / źródło	Jak dużo? (przed opodatkowaniem)	Jak często? (co tydzień, co miesiąc)

**Inne:** Wypłaty Tymczasowej pomocy pieniężnej (Temporary (cash) Assistance), Dodatkowego dochodu bezpieczeństwa (Supplemental Security Income, SSI), granty lub kredyty studenckie. Jeśli ich nie otrzymujesz, zaznacz tutaj: 

Imię i nazwisko osoby	Typ dochodu / źródło	Jak dużo? (przed opodatkowaniem)	Jak często? (co tydzień, co miesiąc)

Jeśli Ty lub którakolwiek z osób dorosłych składających wniosek w części B nie ma dochodu, powiedz nam, kto.

- Jeśli nie wymieniono powyżej żadnych dochodów, prosimy wyjaśnić swoją sytuację mieszkaniową: (Na przykład: mieszkanie z przyjacielem lub krewnym)
- Czy Ty lub którakolwiek z osób składających wniosek zmieniła pracę lub przestała pracować w ciągu ostatnich 3 miesięcy?  Nie  Tak  
Jeśli tak: Twoja ostatnia praca to: Data / / Nazwa pracodawcy:
- Czy jesteś studentem studiów zawodowych, studiów pierwszego lub drugiego stopnia lub czy jest nim którakolwiek z osób dorosłych składających wniosek?  Nie  Tak  
Jeśli tak:  W pełnym wymiarze  Zaocznie  Pierwszego stopnia  Drugiego stopnia Imię i nazwisko studenta: \_\_\_\_\_
- Czy musisz płacić za opiekę nad dzieckiem (lub nad niepełnosprawną osobą dorosłą), by móc pracować lub uczęszczać do szkoły?  Nie  Tak  

Imię i nazwisko dziecka/dorosłego:	Ile kosztuje? USD	Jak często? (Co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc)
Imię i nazwisko dziecka/dorosłego:	Ile kosztuje? USD	Jak często? (Co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc)
Imię i nazwisko dziecka/dorosłego:	Ile kosztuje? USD	Jak często? (Co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc)
- Jeśli nie kwalifikujesz się do ubezpieczenia Medicaid, możesz nadal kwalifikować się do programu świadczeń na planowanie rodziny. Czy jesteś zainteresowany(-a) otrzymaniem pokrycia wyłącznie na usługi planowania rodziny?  
 Nie  Tak
- Czy jesteś zobowiązany(-a) do płacenia zasądzonych przez sąd alimentów lub czy dotyczy to Twojego małżonka / drugiego rodzica?  Nie  Tak Kto \_\_\_\_\_ Jak dużo? USD \_\_\_\_\_



## CZĘŚĆ D

### Ubezpieczenie zdrowotne

Ty i Twoja rodzina możecie się kwalifikować, nawet jeśli macie inne ubezpieczenie zdrowotne.

1. Czy którakolwiek z osób składających wniosek jest beneficjentem Medicare?  Nie  Tak

Jeśli tak, dołącz kopię karty (czerwona, biała i niebieska karta) dla każdego beneficjenta Medicare. Wypełnij pozostałą część tego wniosku i wypełnij suplement A.

**WYŚLIJ DOWÓD**

Jeśli nie, a cierpisz na przewlekłą niewydolność nerek (schyłkowa niewydolność nerek / ESRD) lub stwardnienie zanikowe boczne (ALS) lub masz 65 lat lub więcej bądź ukończysz 65 lat w ciągu trzech miesięcy, a nie jesteś objęty Medicare, musisz złożyć wniosek o Medicare i przedstawić dowód złożenia wniosku. Niektóre osoby są zobowiązane do złożenia wniosku o MEDICARE jako warunek zakwalifikowania się do Medicaid. Należy odnieść się do strony 2 i 3 (część D), aby uzyskać dodatkowe informacje dotyczące wymagań kwalifikacyjnych.

Uwaga: Jeśli składasz wniosek tylko o Program Oszczędnościowy Medicare (Medicare Savings Program, MSP), przejdź do części G. NIE musisz wypełniać suplementu A.

2. Czy którakolwiek z osób składających wniosek posiada już inne komercyjne ubezpieczenie zdrowotne, w tym ubezpieczenie w zakresie opieki długoterminowej?  Nie  Tak

**WYŚLIJ DOWÓD**

Jeśli tak, prosimy o przesłanie z wnioskiem kopii przedniej i tylnej strony karty ubezpieczeniowej.

Imię i nazwisko ubezpieczonego (głównego):

Osoby ubezpieczone:

Koszt polisy:

Data zakończenia ochrony, jeśli kończy się wkrótce \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Miesiąc Dzień Rok

3. Czy Twoje obecne miejsce pracy oferuje ubezpieczenie zdrowotne?  Nie  Tak

**Być może będziemy mogli pomóc w jego opłaceniu.**

Jeśli tak, zostanie do Ciebie wysłany formularz „Prośba o informacje na temat ubezpieczenia zdrowotnego sponsorowanego przez pracodawcę”.

## CZĘŚĆ E

### Wydatki gospodarstwa domowego

1. Miesięczne opłaty mieszkaniowe, takie jak czynsz lub hipoteka, w tym podatki od nieruchomości (tylko Twój udział) USD

2. Jeśli płacisz za wodę osobno, to ile płacisz? USD

**WYŚLIJ DOWÓD**

Jak często płacisz?  co miesiąc  2 razy w roku  co kwartał (4 razy w roku)  raz w roku

3. Czy otrzymujesz darmowe zakwaterowanie jako część swojego wynagrodzenia?  Nie  Tak

## CZĘŚĆ F

### Opieka nad osobami niewidomymi, z niepełnosprawnością, przewlekle chorymi lub przebywającymi w domach opieki

Te pytania pomogą nam określić, który program jest najlepszy dla wnioskodawców.

**Jeśli nikt nie jest osobą niewidomą, z niepełnosprawnością, przewlekle chorą lub przebywającą w domu opieki PRZERWIJ. i przejdź do części G.**

1. Czy przebywasz w ośrodku leczenia zamkniętego lub korzystasz z usług opieki w szpitalu, domu opieki lub innej instytucji medycznej lub robi to ktoś, kto mieszka z Tobą i składa wniosek?  Nie  Tak

Jeśli tak, dokończ wypełnianie tego wniosku ORAZ wypełnij suplement A.

2. Czy jesteś osobą niewidomą, z niepełnosprawnością lub przewlekle chorą lub jest nią ktoś, kto mieszka z Tobą?  Nie  Tak

Jeśli tak, dokończ wypełnianie tego wniosku ORAZ wypełnij suplement A.

Uwaga: Jeśli składasz wniosek tylko o Program Oszczędnościowy Medicare (Medicare Savings Program, MSP), przejdź do części G. Nie musisz wypełniać suplementu A.

**CZĘŚĆ G****Dodatkowe pytania dotyczące zdrowia**

1. Czy ktoś z wnioskodawców ma zapłacone lub niezapłacone rachunki za opiekę medyczną lub recepty z tego miesiąca lub z trzech miesięcy poprzedzających ten miesiąc? Medicaid może być wstanie pokryć te rachunki lub zwrócić Ci koszty.  Nie  Tak Jeśli tak, kto: \_\_\_\_\_  
Z którego miesiąca (miesiący) z poprzednich trzech miesięcy masz rachunki za opiekę medyczną?
- WYŚLIJ DOWÓD** dochodu za każdy miesiąc w trzymiesięcznym okresie, z którego masz rachunki. Jeśli zapłaciłeś(-aś) rachunki za opiekę medyczną, o których refundację się starasz, musisz wysłać kopie i dowody płatności.
2. Czy masz jakiegokolwiek niezapłacone rachunki za leczenie lub recepty starsze niż ostatnie trzy miesiące lub czy ma je którykolwiek z wnioskodawców?  Nie  Tak
3. Czy przeprowadziłeś(-aś) się do tego hrabstwa z innego stanu lub hrabstwa stanu Nowy Jork w ciągu ostatnich trzech miesięcy lub czy zrobił to ktoś, kto mieszka z Tobą i składa wnioski?  Nie  Tak Jeśli tak, kto? \_\_\_\_\_  
Z którego stanu? \_\_\_\_\_  
Z którego hrabstwa? \_\_\_\_\_
4. Czy którykolwiek z wnioskodawców ma toczącą się sprawę sądową z powodu urazu?  Nie  Tak Jeśli tak, kto? \_\_\_\_\_
5. Czy którykolwiek z wnioskodawców ma sprawę odszkodowanie pracownicze lub z powodu urazu, choroby lub niepełnosprawności spowodowanej przez kogoś innego (która może być pokryta przez ubezpieczenie)?  Nie  Tak Jeśli tak, kto? \_\_\_\_\_

**CZĘŚĆ H****Rodzic lub małżonek niemieszkający z rodziną lub zmarły**

Osoby w ciąży oraz rodziny, które składają wniosek tylko dla swoich dzieci, NIE muszą wypełniać tej części. Wszystkie inne osoby, które składają wniosek o ubezpieczenie i mają ukończone 21 lat, muszą być gotowe udzielić informacji o rodzicu ubiegającego się o ubezpieczenie lub małżonku niemieszkającym w gospodarstwie domowym, aby kwalifikować się do ubezpieczenia zdrowotnego, o ile nie istnieje uzasadniony powód. Dzieci mogą się kwalifikować, nawet jeśli rodzic nie chce podać tych informacji. Jeśli obawiasz się fizycznej lub emocjonalnej krzywdy w wyniku podania informacji o rodzicu lub małżonku niemieszkającym w domu, możesz zostać zwolniony z podania tych informacji. Nazywane jest to **Uzasadnionym powodem**. Możesz zostać poproszony(-a) o wykazanie, że masz uzasadnione powody swoich obaw.

1. Czy małżonek lub rodzic wnioskodawcy nie żyje? (Jeśli małżonek lub rodzic nie żyje, przejdź do pytania 3)  Nie  Tak Jeśli tak, podaj imię i nazwisko wnioskodawcy, którego rodzic lub małżonek zmarł \_\_\_\_\_
2. Czy rodzic któregoś z dzieci składających wniosek nie mieszka w gospodarstwie domowym? (Jeśli nie, przejdź do pytania 3)  Nie  Tak
- Jeśli obawiasz się fizycznej lub emocjonalnej krzywdy, jeśli podasz informacje o rodzicu niemieszkającym w domu, zaznacz to pole .
- |                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
| <b>Imię i nazwisko dziecka:</b> | <b>Imię i nazwisko rodzica niemieszkającego w gospodarstwie domowym</b> | <b>Aktualny lub ostatni znany adres:</b> |
|                                 | Data urodzenia (jeśli jest znana): / /                                  | Ulica: _____ Miejscowość/stan: _____     |
|                                 |   | SSN (jeśli jest znany): _____            |
| <b>Imię i nazwisko dziecka:</b> | <b>Imię i nazwisko rodzica niemieszkającego w gospodarstwie domowym</b> | <b>Aktualny lub ostatni znany adres:</b> |
|                                 | Data urodzenia (jeśli jest znana): / /                                  | Ulica: _____ Miejscowość/stan: _____     |
|                                 |   | SSN (jeśli jest znany): _____            |
3. Czy wnioskodawca pozostaje w związku małżeńskim z kimś, kto nie mieszka w gospodarstwie domowym?  Nie  Tak Jeśli tak, podaj imię i nazwisko wnioskodawcy, który pozostaje w związku małżeńskim: \_\_\_\_\_
- Jeśli obawiasz się fizycznej lub emocjonalnej krzywdy, jeśli podasz informacje o małżonku niemieszkającym w domu, zaznacz to pole .
- |   |  |
|---|--|
| <b>Imię i nazwisko małżonka niemieszkającego w gospodarstwie domowym:</b> | <b>Aktualny lub ostatni znany adres:</b>                             |
|   | Ulica: _____ Miejscowość/stan: _____                                 |
|   | Data urodzenia (jeśli jest znana): / / SSN (jeśli jest znany): _____ |

## CZĘŚĆ I

### Wybór planu opieki zdrowotnej

Te pytania pomogą nam określić, który program jest najlepszy dla wnioskodawców

Jeżeli otrzymujesz Medicare, **PRZERWIJ.** pomiń tę część.

**WAŻNE:** Większość osób objętych Medicaid musi wybrać plan opieki zdrowotnej; jeśli nie wybierzesz planu zdrowotnego, możesz zostać automatycznie zapisany(-a) do jednego z nich, o ile nie zostanie ustalone, że jesteś zwolniony(-a) z tego obowiązku. Jeśli potrzebujesz informacji o tym, jakie plany są dostępne w Twoim hrabstwie, w jakich planach dostępny jest twój lekarz i czy musisz się do nich przyłączyć, zadzwoń do New York Medicaid CHOICE pod numer 1-800-505-5678. Możesz też zadzwonić do lokalnego wydziału usług społecznych lub udać się tam osobiście. Jeśli już wiesz, jaki plan chcesz wybrać, użyj tej części do wyboru planu.

**UWAGA:** Jeżeli Ty lub członkowie Twojej rodziny kwalifikujecie się do Medicaid, zostaniecie zapisani do wybranego przez was planu opieki zdrowotnej. Jeżeli jesteś rdzennym Amerykaninem / rdzennym mieszkańcem Alaski, nie masz obowiązku przystąpienia do planu opieki zdrowotnej; możesz poinformować nas, że nie chcesz być objęty(-a) planem opieki zdrowotnej, dzwoniąc lub pisząc do lokalnego wydziału usług społecznych lub zaznaczając to pole .

Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Nr ubezpieczenia społecznego	Nazwa planu opieki zdrowotnej, do którego przystępujesz	Preferowany lekarz lub Centrum Zdrowia (opcjonalnie) Zaznacz, jeśli to Twój obecny świadczeniodawca	Ginekolog/położnik (opcjonalnie)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

## CZĘŚĆ J

### Podpis

Wyrażam zgodę, aby informacje zawarte w niniejszym wniosku oraz corocznym odnowieniu umowy były udostępniane wyłącznie pomiędzy Medicaid, planami opieki zdrowotnej wskazanymi w części I, lokalnym wydziałem usług społecznych oraz organizacją udzielającą pomocy przy składaniu wniosku. Wyrażam również zgodę na udostępnienie tych informacji każdemu szkolnemu ośrodkowi zdrowia, który świadczy usługi dla wnioskodawcy(-ów). Rozumiem, że te informacje są udostępniane w celu określenia kwalifikowalności osób składających wnioski o Medicaid lub w celu oceny powodzenia tych programów. Każda osoba dorosła składająca wniosek musi podpisać ten wniosek w wyznaczonym miejscu poniżej.

**Przeczytałem(-am) i rozumiem Warunki, prawa i obowiązki zawarte w tym wniosku na następnej stronie. Oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że wszystko, co znajduje się w tym wniosku, jest zgodne z moją najlepszą wiedzą.**

Data \_\_\_\_\_ Podpis dorosłego wnioskodawcy lub upoważnionego przedstawiciela wnioskodawcy

Data \_\_\_\_\_ Podpis dorosłego wnioskodawcy lub upoważnionego przedstawiciela wnioskodawcy

## Pełnomocnik w sprawach związanych z opieką zdrowotną

Ustawa stanu Nowy Jork dotycząca pełnomocnictwa w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej (New York Health Care Proxy Law) pozwala Ci wybrać kogoś, komu ufasz, aby podejmował za Ciebie decyzje dotyczące opieki zdrowotnej, jeśli sam(a) nie możesz ich podejmować. Osoba ta nazywana jest agentem opieki zdrowotnej. Możesz dowiedzieć się więcej o ustawie stanu Nowy Jork dotyczącej pełnomocnictwa w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej i otrzymać formularz dla agenta opieki zdrowotnej (formularz pełnomocnika) na stronie internetowej Wydziału Zdrowia stanu Nowy Jork pod adresem:

[www.health.ny.gov/professionals/patients/health\\_care\\_proxy](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy)

Aby otrzymać kopię formularza wysłanego do Ciebie pocztą, zadzwoń na infolinię Medicaid stanu Nowy Jork pod numer 1-800-541-2831.

# WARUNKI, PRAWA I OBOWIĄZKI

Wypełniając i podpisując ten wniosek, składam wniosek o Medicaid. Rozumiem, że ten wniosek i inne informacje pomocnicze zostaną przesłane do programu(-ów), do którego(-ych) chcę się zgłosić. Wyrażam zgodę na udostępnienie informacji osobistych i finansowych z tego wniosku oraz wszelkich innych informacji potrzebnych do określenia kwalifikowalności do tych programów. Rozumiem, że mogę zostać poproszony(-a) o więcej informacji. Zobowiązuję się do natychmiastowego zgłaszania wszelkich zmian w informacjach zawartych w niniejszym wniosku.

- Rozumiem, że muszę dostarczyć informacje potrzebne do udowodnienia mojej kwalifikowalności do każdego programu. Jeśli nie udało mi się uzyskać informacji dla Medicaid, poinformuję o tym lokalny wydział usług społecznych. Lokalny wydział usług społecznych może być w stanie pomóc w uzyskaniu tych informacji.
- Jeśli składam wniosek w miejscu innym niż lokalny wydział usług społecznych, a moje dzieci nie zostaną uznane za kwalifikujące się do Medicaid na podstawie tego wniosku, mogę skontaktować się z lokalnym wydziałem usług społecznych, aby sprawdzić, czy moje dzieci kwalifikują się do Medicaid na innej podstawie.
- Rozumiem, że pracownicy programów, o które ubiegają się członkowie rodziny lub ja, mogą sprawdzić informacje podane przeze mnie w tym wniosku. Agencje, które prowadzą te programy, zachowają te informacje w tajemnicy na mocy 42 U.S.C 1396a (a) (7) i 42 CFR 431.300–431.307 oraz wszelkich federalnych i stanowych praw i przepisów.
- Rozumiem, że Medicaid nie pokryje kosztów medycznych, które powinny zostać pokryte przez ubezpieczenie lub inną osobę, oraz że składając wniosek o Medicaid, przekazuję agencji wszystkie moje prawa do dochodzenia i otrzymywania pomocy medycznej od małżonka lub rodziców osób poniżej 21. roku życia oraz moje prawa do dochodzenia i otrzymywania płatności od osób trzecich przez cały czas otrzymywania świadczeń.
- Złożę wszelkie wnioski o świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego lub wypadkowego lub o inne środki, do których jestem uprawniony(-a). Rozumiem, że mam prawo powołać się na uzasadniony powód, by nie współpracować przy korzystaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli korzystanie z niego mogłoby spowodować zagrożenie dla mojego zdrowia lub bezpieczeństwa albo dla zdrowia i bezpieczeństwa osoby, za którą jestem prawnie odpowiedzialny(-a).
- Rozumiem, że na moją kwalifikowalność do Medicaid nie będzie mieć wpływu moja rasa, kolor skóry czy pochodzenie narodowe. Rozumiem również, że w zależności od wymogów programu, mój wiek, niepełnosprawność lub status obywatelski mogą być czynnikiem decydującym o tym, czy kwalifikuję się do programu, czy też nie.
- Rozumiem, że jeśli moje dziecko korzysta z Medicaid, może uzyskać kompleksową opiekę podstawową i profilaktyczną, w tym wszelkie niezbędne leczenie w ramach programu opieki zdrowotnej dla dzieci/nastolatków (Child/Teen Health Program). Więcej informacji na temat tego programu mogę uzyskać od lokalnego wydziału usług społecznych.
- Rozumiem, że każdy, kto świadomie kłamie lub ukrywa prawdę w celu otrzymania świadczeń w ramach tych programów, popełnia przestępstwo i podlega karom federalnym i stanowym oraz może być zmuszony do zwrotu kwoty otrzymanych świadczeń i zapłacenia kar cywilnych. Departament Podatków i Finansów stanu Nowy Jork (New York State Department of Tax and Finance) ma prawo do sprawdzenia informacji o dochodach podanych na tym formularzu.

## Numer ubezpieczenia społecznego (SSN)

Numery SSN są wymagane dla wszystkich wnioskodawców, chyba że dana osoba jest nieuprawnioną osobą niebędącą obywatelem. Rozumiem, że jest to wymagane przez prawo federalne w 42 U.S.C. 1320b-7 (a) oraz przez przepisy Medicaid w 42 CFR 435.910. Numery SSN nie są wymagane dla członków mojej rodziny, którzy nie składają wniosku o świadczenia. Jeśli moje uprawnienia zależą od ilości zasobów posiadanych przez moją małżonkę, zasoby mogą być zweryfikowane, jeśli podany zostanie SSN małżonka. Numery SSN są używane na wiele sposobów, zarówno w lokalnym wydziale usług społecznych (DSS), jak i pomiędzy DSS a agencjami federalnymi, stanowymi i lokalnymi, zarówno w Nowym Jorku, jak i w innych jurysdykcjach. Niektóre zastosowania numerów SSN to: sprawdzenie tożsamości, identyfikacja i weryfikacja zarobionych dochodów i dochodów niepochodzących z pracy, sprawdzenie, czy rodzice niesprawujący opieki mogą uzyskać ubezpieczenie zdrowotne dla swoich dzieci, sprawdzenie, czy wnioskodawcy mogą uzyskać pomoc medyczną, sprawdzenie, czy wnioskodawcy mogą uzyskać pomoc pieniężną lub inną oraz weryfikacja zasobów dla wnioskodawców i ich małżonków, którzy nie składali wniosku. Numer SSN może być również użyty do identyfikacji odbiorcy wewnątrz i we współpracy pomiędzy centralnymi rządowymi agencjami Medicaid, aby upewnić się, że odpowiednie usługi są dostępne dla beneficjenta.

## Wyłączenie dla wnioskodawców Medicaid

- Zwolnienie informacji dotyczących edukacji: Zezwalam lokalnemu wydziałowi usług społecznych i stanowi Nowy Jork na uzyskanie wszelkich informacji dotyczących dokumentacji związanej z edukacją mojego dziecka (dzieci), wymienionego(-ych) poniżej, niezbędnych do ubiegania się o zwrot kosztów za usługi edukacyjne związane ze zdrowiem w ramach Medicaid, oraz na udostępnienie tych informacji odpowiedniej federalnej agencji rządowej wyłącznie w celu przeprowadzenia kontroli.
- Program wczesnej interwencji (Early Intervention Program): Jeżeli moje dziecko podlega ocenie lub uczestniczy w programie wczesnej interwencji stanu Nowy Jork, zezwalam lokalnemu wydziałowi usług społecznych oraz stanowi Nowy Jork na udostępnienie informacji o kwalifikowalności mojego dziecka do Medicaid programowi wczesnej interwencji działającemu w moim hrabstwie, w celu rozliczenia Medicaid.
- Zwrot wydatków z tytułu leczenia: Rozumiem, że mam prawo, podczas składania mojego wniosku o przyznanie świadczeń Medicaid lub później, do ubiegania się o zwrot wydatków, które poniosłem(-am) za objętą ubezpieczeniem opiekę, usługi i zaopatrzenie medyczne otrzymane w okresie trzech miesięcy przed miesiącem złożenia wniosku. Po dacie złożenia przeze mnie wniosku i do dnia otrzymania karty świadczeń Medicaid (Wspólna Karta Identyfikacyjna Świadczeń (Common Benefit Identification Card, CBIC)) rozumiem, że zwrot kosztów niezbędnej z medycznego punktu widzenia opieki, usług i zaopatrzenia medycznego będzie możliwy **wyłączenie** wtedy, gdy otrzymam je od zarejestrowanych w Medicaid świadczeniodawców oraz że zwrot kosztów jest ograniczony do kwoty nie wyższej niż stawka Medicaid lub opłata obowiązująca w momencie świadczenia, nawet jeżeli zapłaciłem(-am) więcej. Przyjmuję do wiadomości, że po otrzymaniu karty świadczeń Medicaid (CBIC), aby uzyskać opiekę i usługi objęte ubezpieczeniem, muszę odwiedzać wyłącznie dostawców wpisanych do rejestru Medicaid lub dostawców sieciowych z mojego planu opieki zarządzanej Medicaid, że mój dostawca musi złożyć wniosek do Medicaid lub mojego planu opieki zarządzanej Medicaid, aby otrzymać zapłatę za usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz że nie zostanie dokonany zwrot żadnych kosztów poniesionych przeze mnie po tej dacie i opłaconych przeze mnie samodzielnie.



## Opieka zarządzana Medicaid

Wiem, jak uzyskać informacje na temat tego, jakie plany opieki zarządzanej Medicaid są dostępne dla mnie w moim hrabstwie. Rozumiem, że jeżeli ja i dowolni członkowie mojej rodziny, którzy złożyli wniosek, kwalifikujemy się do Medicaid i jesteśmy zobowiązani do uczestnictwa w planie opieki zarządzanej, ja i kwalifikujący się członkowie mojej rodziny, którzy złożyli wniosek, zostaniemy zapisani do wybranego przeze mnie planu opieki zdrowotnej.

Wiem, jak uzyskać informacje o prawach i świadczeniach, które będą mi przysługiwać jako członkowi planu opieki zarządzanej, oraz o ograniczeniach świadczeń wynikających z członkostwa w planie opieki zarządzanej. Rozumiem, że w ramach opieki zarządzanej Medicaid muszę wybrać lekarza pierwszego kontaktu (PCP) i że będę mieć wybór spośród co najmniej trzech lekarzy pierwszego kontaktu w moim planie opieki zdrowotnej. Rozumiem, że po zapisaniu się do planu opieki zdrowotnej będę musiał(a) korzystać z usług mojego PCP i innych świadczeniodawców w ramach planu opieki zdrowotnej, z wyjątkiem kilku szczególnych okoliczności.

Rozumiem, że jeżeli w czasie, gdy będę członkiem planu opieki zarządzanej Medicaid, urodzi mi się dziecko, moje dziecko będzie zapisane do tego samego planu opieki zdrowotnej, do którego ja jestem zapisany(-a).

**Zwolnienie informacji medycznych:** Wyrażam zgodę na udostępnienie wszelkich informacji medycznych o mnie i o członkach mojej rodziny, dla których mogę wyrazić zgodę:

- Przez mojego PCP, innego dostawcę usług opieki zdrowotnej lub Wydział Zdrowia Stanu Nowy Jork (NYSDOH) do mojego planu opieki zdrowotnej i innych dostawców usług opieki zdrowotnej zaangażowanych w opiekę nade mną lub moją rodziną, w zakresie niezbędnym dla mojego planu opieki zdrowotnej lub dostawców usług opieki zdrowotnej do przeprowadzenia leczenia, płatności lub działań związanych z opieką zdrowotną. Może to obejmować informacje apteczne oraz inne informacje dotyczące zgłoszeń medycznych potrzebne do zarządzania moją opieką zdrowotną;
- Przez mój plan opieki zdrowotnej i wszystkich świadczeniodawców opieki zdrowotnej do NYSDOH i innych upoważnionych agencji federalnych, stanowych i lokalnych do administrowania programami Medicaid; oraz
- Przez mój plan opieki zdrowotnej innym osobom lub organizacjom, jeśli jest to zasadnie konieczne dla planu opieki zdrowotnej do przeprowadzenia leczenia, płatności lub działań związanych z opieką zdrowotną.

Zgadzam się również na to, że informacje ujawnione w celu leczenia, płatności i działań związanych z opieką zdrowotną mogą obejmować informacje na temat zakażenia HIV, zdrowia psychicznego lub nadużywania alkoholu i substancji odurzających dotyczące mnie i członków mojej rodziny, w zakresie dozwolonym przez prawo, do czasu odwołania przeze mnie tej zgody.

Jeżeli więcej niż jedna osoba dorosła w rodzinie przystępuje do planu opieki zdrowotnej Medicaid, podpis każdej osoby dorosłej składającej wniosek jest konieczny do wyrażenia zgody na udostępnienie informacji.

## Informacja o polityce zakazu dyskryminacji

Program Medicaid stanu Nowy Jork przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich oraz przepisów stanowych i nie dopuszcza się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wyznanie/religię, płeć, wiek, stan cywilny/sytuację rodzinną, niepełnosprawność, karalność, wyrok(i) skazujący(-e), tożsamość płciową, orientację seksualną, predysponujące cechy genetyczne, status wojskowy czy status ofiary przemocy domowej ani dyskryminacji opartej na działaniach odwetowych.

Jeśli uważasz, że program Medicaid stanu Nowy Jork dopuścił się wobec Ciebie dyskryminacji, możesz złożyć zażalenie, odwiedzając stronę: [http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/) lub wysyłając wiadomość e-mail do biura zarządzania różnorodnością (Diversity Management Office) na adres [DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov).

Możesz również złożyć zażalenie dotyczące praw obywatelskich do biura praw obywatelskich Departamentu Usług Zdrowotnych i Spraw Obywatelskich USA (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) elektronicznie pod adresem <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> lub pocztą bądź telefonicznie pod adresem U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (TTY 800-537-7697). Formularze zażaleń są dostępne na stronie <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

## Udogodnienia

Program Medicaid stanu Nowy Jork zapewnia bezpłatną pomoc i usługi dla osób z niepełnosprawnościami w celu umożliwienia skutecznej komunikacji z nami, na przykład:

- TTY za pomocą nowojorskiej usługi telefonu tekstowego (NY Relay Service)
- Jeżeli jesteś osobą niewidomą lub z poważnym uszkodzeniem wzroku i potrzebujesz powiadomień lub innych materiałów pisemnych w innym formacie (duża czcionka, audio, płyta CD z danymi lub alfabet Braille'a), a mieszkasz w hrabstwie poza Nowym Jorkiem, zadzwoń do lokalnego wydziału usług społecznych. Jeśli mieszkasz w pięciu dzielnicach Nowego Jorku, zadzwoń do biura obsługi mieszkańców (Office of Constituent Services) Administracji zarządzania zasobami ludzkimi (Human Resources Administration) pod numer 212-331-4640, lub poinformuj nas o tym w części A na stronie 1 niniejszego wniosku.

Program Medicaid stanu Nowy Jork zapewnia również bezpłatne usługi pomocy językowej dla osób, których podstawowym językiem nie jest język angielski, takie jak:

- Pomoc wykwalifikowanych tłumaczy
- Pisemna informacja w innych językach

Jeśli potrzebujesz tych usług lub więcej informacji o Uzasadnionych Udogodnieniach, a mieszkasz w hrabstwie poza miastem Nowy Jork, zadzwoń do swojego lokalnego wydziału usług społecznych. Jeśli mieszkasz w pięciu dzielnicach Nowego Jorku, zadzwoń do biura obsługi mieszkańców (Office of Constituent Services) Administracji zarządzania zasobami ludzkimi (Human Resources Administration) pod numer 212-331-4640.

## Wyłącznie do użytku biura

### Wypełnia osoba pomagająca przy składaniu wniosku

Podpis osoby, która uzyskała informacje o kwalifikowalności:

X

Zatrudnienie: (zaznacz jedno)  Plan opieki zdrowotnej  Lokalny wydział usług społecznych  Świadczeniodawca  Kwalifikowane podmioty

Nazwisko pracodawcy:

### Do użytku lokalnego okręgu usług społecznych

Kwalifikacja ustalona przez:

Data:

Kwalifikacja zatwierdzona przez:

Data:

Buro centralne:

Data złożenia wniosku:

Identyfikator jednostki:

Identyfikator pracownika:

Nazwa sprawy:

Dystrykt:

Rodzaj sprawy:

Nr sprawy:

Data wejścia w życie:

Kod uzasadnienia dyspozycji MA  
 Kod odmowy  Kod wycofania

Pełnomocnik:  
 Nie  Tak

Nr rejestru:

Wer.:



