

Заявление и инструкции к Uninsured Care Programs (Программы обслуживания для незастрахованных лиц)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
AIDS Institute
Uninsured Care Programs
Empire Station, P.O. Box 2052
Albany, NY 12220
1-800-542-2437 или 1-844-682-4058

Лекарственные препараты (ADAP)
ADAP Plus (Primary Care)
Home Care Program
ADAP Plus Insurance Continuation, APIC
Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program, PrEP-AP

Общая информация

AIDS Institute (Институт СПИДа) при NYS Department of Health предлагает пять программ для обеспечения доступа к медицинскому обслуживанию (DAP, Primary Care, Home Care, APIC и PrEP-AP) жителям New York State, имеющим недостаточное страховое покрытие или не имеющим его вовсе. В программах используются одинаковые формы заявлений и процесс регистрации. Дополнительные формы требуются только для Home Care и APIC.

ADAP (Программа помощи в приобретении лекарств для больных СПИДом) обеспечивает оплату лекарственных препаратов для лечения ВИЧ / СПИДа и оппортунистических инфекций. ADAP может помочь людям без страховки, с частичной страховкой, участникам программ Medicaid Spend-down / Surplus (Medicaid для лиц с избыточным доходом) или Medicare Part D.

ADAP Plus (Primary Care — Основная медицинская помощь) обеспечивает оплату амбулаторного первичного медицинского обслуживания в клиниках, больницах, лабораториях и у частных врачей, участвующих в программе.

Home Care Program (Программа ухода на дому)

обеспечивает оплату услуг по уходу на дому для лиц с хронической медицинской зависимостью по указанию их врача. Услуги предоставляются агентствами по уходу на дому, участвующими в программе.

ADAP Plus Insurance Continuation (APIC — расширенное страховое покрытие ADAP Plus) обеспечивает оплату рентабельных страховых взносов для участников, соответствующих критериям.

Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (PrEP-AP — Программа помощи в доконтактной профилактике (ДКП))

обеспечивает оплату амбулаторных услуг для участников, соответствующих критериям, чтобы им предоставлялись медицинское обслуживание и наблюдение, необходимые для успешного использования препаратов для доконтактной профилактики в целях предотвращения ВИЧ-инфекции.

Заявление о конфиденциальности к программам Uninsured Care Programs

Согласно законодательству New York State информация, касающаяся ВИЧ, предоставляемая в рамках программ Uninsured Care Programs, является строго конфиденциальной. Данная информация (о том, что вы являетесь участником такой программы) может быть передана сторонам, которые обеспечивают надлежащее руководство программами. Этими сторонами являются физические лица и организации, с которыми представители программ должны обсудить вопросы касательно вашего заявления и (или) участия, чтобы определить соответствие критериям, условия оплаты услуг или лекарств, покрываемых в рамках программ, либо для оформления надлежащей отчетности о потраченных средствах. Сотрудники программ осведомлены о потребности участника в конфиденциальности и приватности, и будут обсуждать только те персональные данные, которые строго необходимы для работы программ.

Чтобы вы понимали характер конфиденциальности и условия участия в программах, приведены следующие утверждения:

- сотрудники программ **НЕ** будут связываться с вашим работодателем, арендодателем, семьей, друзьями, соседями или кем-либо еще без вашего прямого согласия в отношении вопросов вашего заявления или участия в программах;
- сотрудники программ могут связаться с вашим врачом или поставщиком медицинских услуг, чтобы получить дополнительную информацию или уточнить данные, требуемые для формы Medical Eligibility Form (Соответствие критериям для медицинского обслуживания);
- сотрудники программ предоставят аптеке или поставщику медицинских услуг, к которым вы обращаетесь, подтверждение вашего участия в программах, а оплата покрываемых услуг и лекарств будет осуществляться только при условии предоставления сотрудникам аптеки или поставщику медицинских услуг вашей карты участника программы, на которой указаны ваши имя, фамилия и идентификационный номер;

- сотрудники программ будут обсуждать заявления лиц, находящихся в заключении, с уполномоченными сотрудниками по условно-досрочному освобождению или с представителями исправительных учреждений в объеме, необходимом для участия в программах.

Вы можете в письменной форме уведомить сотрудников программ о лице, с которым они могут связаться, если не смогут получить необходимую информацию от вас (например, социальный работник, который помогает вам подать заявление на участие в программе, либо друг или член семьи).

Программы Uninsured Care Programs являются плательщиками последней инстанции, и их сотрудники свяжутся с вашей страховой компанией или другими сторонними плательщиками, которые должны возместить ADAP стоимость лекарств, предоставленных вам в рамках программ. Это необходимо для того, чтобы программе ADAP были компенсированы средства, которые затем используются для расширения программ покрытия новых лекарств / услуг и привлечения новых участников.

Эти условия действуют с даты подачи заявления до прекращения участия в программах, включая время, необходимое для выполнения любых процедур возмещения третьими сторонами расходов на лекарства или услуги, предоставляемые в рамках программ. Вы можете в любое время прекратить свое участие в программах, подав соответствующее заявление в письменной форме.

Копию Заявления о конфиденциальности к программам можно найти по адресу

<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

Если у вас возникли какие-либо вопросы, звоните по номеру **1-800-542-2437** или **1-844-682-4058**.

ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ В РАМКАХ ПРОГРАММ, ЯВЛЯЕТСЯ СТРОГО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ.

Соответствие критериям основывается на финансовых и медицинских потребностях. Вместе с заполненным заявлением необходимо предоставить справки о месте жительства и доходах. Ваш врач должен подать отдельное медицинское заявление.

После утверждения вы получите карту соответствия критериям и инструкции по ее использованию. Чтобы получить покрываемые лекарственные препараты бесплатно, вы должны предъявить эту карту и рецепт сотруднику аптеки, которая принимает участие в программе. Чтобы получить покрываемые медицинские услуги бесплатно, покажите свою карту поставщику медицинских услуг, который принимает участие в программе. В случае необходимости вы будете бесплатно получать услуги по уходу на дому от участвующего в программе агентства по уходу на дому (максимальная сумма пожизненного пособия составляет 30 000 долл.).

А. Информация о заявителе

Имя и фамилия

Укажите свое полное имя, номер социального страхования и дату рождения. Если существует другое имя, под которым вы известны, укажите его в соответствующем поле и сообщите нам, какое из имен необходимо указать на вашей карте. Убедитесь, что имя, указанное на вашей карте, совпадает с именем, которое ваш врач указывает в рецептах.

Адрес

Необходимо предоставить подтверждение постоянного проживания в New York State. Местожительство может быть подтверждено с помощью копии ОДНОГО из указанных ниже документов (с указанием ваших имени, фамилии и адреса). Если у вас есть абонентский ящик, на который вы получаете корреспонденцию, вы должны предоставить подтверждение своего физического адреса в New York State.

- Квитанции о начислении заработной платы или выписки из банка с указанием ваших имени, фамилии и адреса (не позднее, чем за последние 90 дней)
- Текущее уведомление о принятом решении по программе Medicaid
- Счет за топливо / коммунальные услуги (не позднее, чем за последние 90 дней)
- Счет за телефон (не позднее, чем за последние 90 дней)
- Квитанция о внесении арендной платы (не позднее, чем за последние 90 дней)

Если вы проживаете с другим человеком и ваше имя не указано ни на одном из этих документов, вы должны предоставить подтверждение местожительства такого лица и письмо, в котором указывается, что вы проживаете совместно.

Пол / раса / этническая принадлежность / язык

Укажите свой пол, расу, этническую принадлежность и язык общения.

В. Покрытие медицинского обслуживания

Программы могут помочь людям, имеющим другое медицинское страхование и испытывающим трудности с внесением доплат, оплатой франшиз, излишков / остатков по программе Medicaid или других собственных расходов. Предоставьте копию других карт медицинского страхования (обеих сторон).

Medicaid

Укажите свой статус Medicaid или подтвердите, что вы подали заявление на участие в программе Medicaid. Если у вас есть излишки / остатки по программе Medicaid, укажите их сумму в соответствующей строке.

Medicare

Укажите, являетесь ли вы участником программы Medicare, а также ее тип: А, В, С или D.

Медицинская страховка

Обязательно ответьте на все вопросы, касающиеся медицинского страхования. Если у вас возникли проблемы с оплатой страховых взносов, позвоните по номеру **1-800-542-2437** или **1-844-682-4058** или заполните заявление APIC (форма DOH-2794c), которое можно найти по адресу <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

С. Доход заявителя и членов семьи

Жилищные условия

Поставьте галочку напротив варианта, который описывает ваши жилищные условия.

Члены семьи

Перечислите всех членов семьи. Членом семьи считается любое лицо, с которым вас связывает юридическая ответственность. В число таких лиц входят супруг (супруга) и дети младше 21 года либо родители и родные братья (сестры), если вам еще не исполнился 21 год.

Соответствие финансовым критериям

Соответствие финансовым критериям основывается на 500 % федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL). FPL изменяется в зависимости от размера семьи и ежегодно обновляется. Соответствие финансовым критериям рассчитывается на основе совокупного дохода, имеющегося в распоряжении семьи, за исключением вычетов по программе Medicare и Social Security (социальное страхование), а также стоимости медицинского обслуживания, оплачиваемой заявителем.

Источник дохода

Перечислите все источники доходов, доступные вам и членам вашей семьи. Учитывается доход только тех членов семьи, с которыми вас связывает юридическая ответственность (например, супруг (супруга) или ребенок, но не дядя, двоюродный брат или сосед по комнате). Для каждого источника необходимо указать сумму валового дохода (до вычета налогов), частоту его получения и кто из членов семьи является получателем дохода. Если какой-либо член семьи не имеет дохода, укажите это. Необходимо предоставить подтверждение доходов. Предоставьте всю необходимую документацию для каждого из перечисленных источников дохода. Виды источников дохода включают: зарплату (за полный или неполный рабочий день), доход от самозанятости, пособие по безработице, пособие по нетрудоспособности, государственное пособие, дополнительное социальное пособие (Supplemental Security Income, SSI), социальное страхование по инвалидности (Social Security Disability, SSD), социальное страхование по выходу на пенсию, пенсию, пособия ветеранам, алименты / пособия на ребенка, проценты / дивиденды / роялти, доходы от аренды недвижимости, другие доходы (уточните), отсутствие доходов и жизнь за счет сбережений.

Для лиц, работающих по найму

Доход должен подтверждаться копиями квитанций о начислении заработной платы за последние 30 дней. В квитанции должны указываться доход с начала года до настоящего момента, количество отработанных часов, все удержания и даты, за которые выдается квитанция. Если вы не можете получить квитанцию о начислении заработной платы, предоставьте нам письмо от вашего работодателя с указанием вашей суммарной годовой заработной платы (до вычета налогов) и копию последней налоговой декларации. (Не обязательно указывать в качестве адресата названия программ. Достаточно указать в поле адресата «to whom it may concern» («для предъявления по месту требования»)).

Самозанятые лица / лица, получающие доходы от аренды недвижимости

Предоставьте последнюю налоговую декларацию и отчет о прогнозируемом годовом доходе.

Все другие виды доходов

В качестве подтверждения других видов доходов необходимо предоставлять копии писем или чеков, подтверждающих получение социального страхования по инвалидности / дополнительного социального пособия, чеков на получение пособия по безработице, пенсии и т. д.

Отсутствие доходов

Если у вас нет доходов и вас финансирует друг или член семьи, предоставьте подтверждающее письмо от этого друга или члена семьи.

Жизнь за счет сбережений

Пришлите копию выписки со своего сберегательного счета.

Е. Дополнительные контактные данные

Перечислите здесь контактные данные лиц, с которыми сотрудники программ могут связываться при наличии вопросов о вашем заявлении. Ознакомьтесь с заявлением о конфиденциальности, в котором указано, с кем мы можем связаться по поводу вашего заявления и участия в программе.

Ф. Засвидетельствование и подпись

Внимательно прочитайте засвидетельствование и поставьте свою подпись и дату. Мы не сможем обработать заявление, на котором нет подписи. Сделайте копию заявления и всех документов для личного пользования.

Проблемы и вопросы

Если у вас возникли проблемы с подачей заявления либо вопросы о программах Uninsured Care Programs или необходимой документации, позвоните по бесплатному номеру **1-800-542-2437** или **1-844-682-4058** или ознакомьтесь с часто задаваемыми вопросами на странице <https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

Заявление на участие в программах Uninsured Care Programs (Программах обслуживания для незастрахованных лиц)

Данное заявление предназначено для определения соответствия критериям участия в программах AIDS Drug Assistance Program (ADAP), ADAP Plus (Primary Care), HIV Home Care, ADAP Plus Insurance Continuation (APIC) и Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (PrEP-AP). Для программ Home Care и ADAP Plus Insurance Continuation требуется предоставление дополнительной документации. Если у вас есть какие-либо вопросы о программах или заполнении этого заявления, обратитесь на нашу конфиденциальную горячую линию по номеру **1-800-542-2437** или **1-844-682-4058**.

ЗАПОЛНИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПОЛНОСТЬЮ И ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.

А. Информация о заявителе

Фамилия _____ Имя _____ Инициал среднего имени _____

Другие имена _____

Дата рождения (месяц / день / год) _____ Номер социального страхования _____

Адрес *Необходимо предоставить подтверждение места жительства.*

Улица _____ Квартира № _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Можно ли высылать информацию о программе по указанному адресу?

Да Нет *Если нет, объясните почему и укажите другой адрес.*

Телефон

Основной: (____) _____ Дополнительный: (____) _____

Можно ли присылать сообщения на эти номера? Да Нет

Пол *Отметьте все подходящие варианты:* Женщина Мужчина Трансгендер Небинарный гендер

Раса Европейцы Чернокожие или афроамериканцы Коренные американцы или коренные жители Аляски

Выходцы из Азии: Индийцы Китайцы Филиппинцы Японцы Корейцы

Вьетнамцы Другие выходцы из Азии

Коренные жители Гавайских островов или островов Тихого океана: Коренные жители Гавайских островов

Представители народа о. Гуам (чаморро) Самоанцы Коренные жители других островов Тихого океана

Более одной расы Другое _____

Этническая принадлежность Неиспаноязычные

Испаноязычные / латиноамериканцы: Мексиканцы, мексикано-американцы, чикано Пуэрториканцы Кубинцы

Другие испаноязычные, латиноамериканские или испанские группы

Предпочитаемый язык Английский Испанский Другой _____

Вам нужны услуги перевода? Да Нет

Семейное положение Не женат (не замужем) В браке, совместное проживание с супругом (супругой)

В браке, раздельное проживание с супругом (супругой)

В. Покрытие медицинского обслуживания

У вас есть другой вид страхового покрытия медицинского обслуживания? (Private Policy (частный полис), НМО (организация медицинского обеспечения), Union, пенсионное страхование, Medicare или другой план медицинского обслуживания)

Да Нет

Если у вас есть страховое покрытие Medicare, укажите его тип (-ы): А: госпитализация В: основная медицинская помощь

С: план Medicare Advantage D: рецептурные препараты

Выплачиваете ли вы страховые взносы? Да Нет

Если у вас есть медицинская страховка, предоставьте нам копии своих карт (обеих сторон).

Свяжитесь с представителями программы по номеру 1-800-542-2437 или 1-844-682-4058, чтобы узнать, как получить помощь в оплате страховых взносов.

Medicaid

Если вы являетесь участником программы Medicaid с излишком, то укажите сумму излишка в долларах: _____

Если вам отказали в участии в программе Medicaid, укажите причину: _____

С. Доход заявителя и членов семьи *Необходимо предоставить подтверждение доходов.*

- Самостоятельное проживание Проживание с другими лицами
 Отсутствие жилья / проживание в приюте Освобождение из исправительного учреждения

Перечислите все источники доходов, доступные заявителю и членам его семьи.

Имя и фамилия члена семьи*	Дата рождения	Степень родства Вы
Источник дохода	Сумма (до вычета налогов)	Частота получения <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно
Имя и фамилия члена семьи*	Дата рождения	Степень родства
Источник дохода	Сумма (до вычета налогов)	Частота получения <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно
Имя и фамилия члена семьи*	Дата рождения	Степень родства
Источник дохода	Сумма (до вычета налогов)	Частота получения <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно
Имя и фамилия члена семьи*	Дата рождения	Степень родства
Источник дохода	Сумма (до вычета налогов)	Частота получения <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно

* Если вы хотите, чтобы мы связались с кем-либо из перечисленных членов вашей семьи, укажите контактные данные этого лица в разделе D.

D. Дополнительные контактные данные

Подписывая данное заявление, я разрешаю представителям программ Uninsured Care Programs обращаться к следующим лицам с вопросами о нем (например, социальный работник, координатор, член семьи):

Полное имя	Организация	Кем приходится	Номер телефона
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____

E. Засвидетельствование и подпись

Я подтверждаю, что вся информация в этом заявлении является правдивой и верной и что я являюсь жителем New York State. Я понимаю следующее:

Данная информация предоставляется в связи с получением федеральных средств штатом Нью-Йорк. Представители программы проверят информацию, указанную в этой форме. Представители программы могут периодически проверять мой статус в программе Medicaid и в случае необходимости выставлять счета программе Medicaid.

Если я намеренно искажу информацию в этом заявлении, от меня могут потребовать возместить предоставленные мне льготы, а также меня могут привлечь к ответственности в соответствии с действующими законами штата и федеральным законодательством.

Настоящим я подаю заявление на получение льгот в рамках программ Uninsured Care Programs и даю согласие на использование и раскрытие моей информации, необходимой для моего лечения, оплаты медицинских услуг, выплаты страховых взносов и прочих операций медицинского обслуживания в рамках программы.

Подпись заявителя (или законного опекуна, если заявитель является несовершеннолетним) _____ Дата _____

**Сохраните копию данной формы для личного пользования и отправьте оригинал и всю требуемую документацию по такому адресу:
 UNINSURED CARE PROGRAMS, EMPIRE STATION, P.O. BOX 2052, ALBANY, NY 12220-0052**