

Заявление и инструкции для участия в программах лечения ВИЧ для лиц без страховки

Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа
(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

ADAP Plus (первичная медицинская помощь)

Программа лечения ВИЧ на дому (HIV Home Care Program)

Программа продления действующей страховки ADAP Plus (ADAP Plus Insurance Continuation, APIC)

Общая информация

Институт СПИДа Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк предлагает четыре программы, дающие доступ к медицинскому обслуживанию (ADAP, Primary Care, Home Care и APIC) для жителей штата Нью-Йорк с ВИЧ-инфекцией, не имеющих страховки или застрахованных на низкую сумму. Для всех четырех программ разработана единая форма заявления на участие и единый процесс регистрации. Для программ Home Care и APIC требуются дополнительные формы.

Программа помощи в оплате лекарственных средств для лечения СПИДа (ADAP) покрывает стоимость препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа и оппортунистических инфекций. Препараты, оплачиваемые программой ADAP, помогают больным ВИЧ/СПИДом продлить жизнь и лечить симптомы ВИЧ-инфекции. Программа ADAP оказывает помощь лицам без страховки, с частичным страховым покрытием, участвующим в программе Medicaid с частичной оплатой услуг / для лиц с избыточным доходом (Medicaid Spend-down / Surplus) или в программе Medicare, часть D.

Программа ADAP Plus (первичная медицинская помощь) оплачивает услуги первичной медицинской помощи, предоставляемые в клиниках, больницах, лабораториях и частных врачебных кабинетах, участвующих в программе. Данные услуги включают в себя амбулаторное обслуживание с целью медицинской оценки, раннего вмешательства и текущего лечения.

Программа лечения ВИЧ на дому (HIV Home Care Program) оплачивает предписанное врачом медикаментозное лечение на дому для хронических больных. Данная программа покрывает услуги медицинской помощи на дому, внутривенное введение лекарственных препаратов, медицинские средства и оборудование длительного пользования, предоставляемые участвующими в программе учреждениями, оказывающими медицинскую помощь на дому.

Программа продления медицинской страховки ADAP Plus (ADAP Plus Insurance Continuation, APIC) оплачивает экономически целесообразные страховые взносы для отвечающих критериям участников с такой страховкой, как COBRA, часть D Medicare, частная или от работодателя.

Заявление о конфиденциальности программ лечения ВИЧ для лиц без страховки

В соответствии с законом штата Нью-Йорк информация, касающаяся ВИЧ и предоставляемая программам лечения для лиц без страховки, хранится в строгой конфиденциальности. Такая информация (т. е. общающаяся, что вы являетесь участником программы) может предоставляться сторонам, ответственным за надлежащую реализацию программ. К таким сторонам относятся физические лица и организации, с которыми программам необходимо обсудить ваше заявление и/или участие для установления правомочия, оплаты услуг или лекарственных средств, покрываемых программами, или надлежащего учета потраченных средств. Сотрудники программы отдают себе отчет в том, что участники нуждаются в сохранении конфиденциальности их данных и охране частной жизни, и будут обсуждать личную информацию только в случаях острой необходимости для реализации программ.

Чтобы убедить вас в нашем понимании необходимости сохранения конфиденциальности и условий участия в программах, ниже представлены некоторые примеры:

- Сотрудники программы **НЕ** будут связываться с вашим работодателем, домовладельцем, членами семьи, друзьями, соседями или другими лицами без вашего непосредственного согласия, независимо от того, имеет ли это отношение к вашему заявлению или участию в программах.

- Сотрудники программы могут связаться с вашим врачом или поставщиком медицинских услуг для получения дополнительной информации или уточнения информации, которую необходимо указать в Форме соответствия медицинским критериям.
- Сотрудники программы представят подтверждение о вашем зачислении в аптеку или поставщику медицинских услуг и будут оплачивать покрываемые услуги или лекарственные средства при предъявлении вами в этой аптеке или поставщику услуг карточки программы с вашим именем и идентификационным номером.
- Сотрудники программы будут обсуждать заявления лиц, отбывающих срок тюремного заключения, с сотрудниками органов, отвечающих за условно-досрочное освобождение, или исправительных учреждений, если это необходимо для регистрации участника в программе.

Вы можете в письменном виде указать лицо, с которым могут связаться сотрудники программы для получения дополнительной информации, если вы не можете ее предоставить сами (например, социальный работник, помогающий вам подать заявление на участие в программе).

Программы лечения ВИЧ для лиц без страховки являются последней инстанцией в плане оплаты. Они будут обращаться в вашу страховую компанию или к стороннему плательщику (например, в программу скидок производителя лекарственных средств) за возмещением стоимости лекарственных средств, предоставляемых в рамках данных программ. Это необходимо ADAP для возмещения средств, которые могут быть направлены на расширение программ с целью покрытия новых лекарственных средств или услуг и оказания помощи другим людям с ВИЧ-инфекцией.

Данные условия действуют с даты подачи вашего заявления до прекращения участия в программе, включая время, необходимое для возмещения третьей стороной лечебных препаратов или услуг, предоставляемых в рамках программы. Вы можете прекратить свое участие в программе в любой момент, подав заявление в письменном виде.

Экземпляр Заявления о конфиденциальности программ можно найти по адресу: www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm.

Если у вас есть вопросы, звоните по номеру **1-800-542-2437**.

**ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ ПРОГРАММАМ,
ХРАНИТСЯ В СТРОГОЙ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ.**

Инструкции по подаче заявления

Право на участие в программах основано на финансовых критериях и медицинской необходимости. Помимо заполненного заявления, требуются документы о месте жительства, доходе и имуществе. Ваш врач должен подать отдельное медицинское заявление.

Заявления, поданные со всей требуемой документацией, рассматриваются в течение двух недель. Подача частично заполненных заявлений или заявлений без сопроводительной документации приведет к задержке получения карточки участника и важной информации о программе.

Если ваше заявление будет одобрено, вы получите карточку участника и инструкции по ее использованию. Вы должны предъявить эту карточку вместе с рецептом в аптеке, участвующей в программе, для бесплатного приобретения покрываемых программой лекарств. Для бесплатного получения медицинских услуг предъявите карточку поставщику медицинских услуг, участвующему в программе. При необходимости вы будете получать бесплатное медицинское обслуживание на дому от соответствующего учреждения, участвующего в программе (пожизненная льгота максимальной стоимостью 30 000 долларов).

А. Информация о заявителе

Имя и фамилия

Укажите ваше полное имя, номер карточки социального обеспечения и дату рождения. Если у вас есть другое имя, укажите его в отведенном месте и сообщите нам имя, которое должно быть напечатано на карточке. Укажите ваш полный адрес.

Адрес

Требуется документ, подтверждающий проживание в штате Нью-Йорк. Место жительства можно подтвердить, представив копию ОДНОГО из следующих документов (где указаны ваши имя и адрес). Если у вас есть абонентский ящик для получения почтовых отправлений, вы должны указать информацию о вашем фактическом адресе, подтверждающем проживание в штате Нью-Йорк. Если вы проживаете у кого-то и не можете представить перечисленные ниже документы, нам потребуется подтверждение места жительства этих лиц и письмо, подтверждающее ваше проживание с ними:

- Действующий договор аренды
- Действующее водительское удостоверение
- Действующая карточка регистрации избирателя
- Действующее уведомление о решении от Medicaid
- Счет за отопление или коммунальные услуги (за последние 90 дней)
- Счет за телефон (за последние 90 дней)
- Квитанция о внесении арендной платы (за последние 90 дней)
- Корешки квитанций о начислении заработной платы или выписки из банковского счета, на которых указаны ваше имя и адрес (за последние 90 дней)

Пол/раса/этническая принадлежность/язык

Укажите свой пол, расу, этническую принадлежность и языковые предпочтения.

В. Организация проживания

Члены семьи

Укажите всех членов семьи. Любое лицо, несущее юридическую ответственность перед вами или за вас, считается членом семьи. Это может быть супруг(а) и дети младше 21 года либо родитель и братья и сестры, если вы еще не достигли 21 года.

С. Доход

Финансовые критерии правомочия

Финансовые критерии правомочия основаны на 435 % от федерального прожиточного минимума (Federal Poverty Level, FPL): FPL зависит от размера семьи и обновляется ежегодно. Финансовое правомочие определяется на основе дохода семьи до вычетов и удержаний, исключая вычеты за обслуживание Medicare и социальное обеспечение, а также стоимость медицинского покрытия, оплаченного заявителем.

Источник дохода

Отметьте все источники вашего дохода и дохода всех членов семьи. Имеется в виду доход только тех членов семьи, с которыми у вас установлены взаимоотношения юридической ответственности (например, супруг(а) или ребенок, но не дядя, двоюродные братья и сестры или сожитель). Для каждого источника укажите размер дохода до вычетов и удержаний, периодичность получения дохода, а также получателя дохода (вы или член семьи).

Требуется документ, подтверждающий доход. Для каждого отмеченного источника дохода представьте полную документацию о доходе.

Для лиц, получающих доход от трудовой деятельности

Доход должен подтверждаться копиями корешков квитанций о начислении заработной платы за последние 30 дней. На корешках квитанций должны быть указаны суммы зарплаты за текущий год, отработанные часы, все вычеты и даты, охваченные данным документом. Если вы не можете получить корешок квитанции о начислении зарплаты, пришлите нам нотариально заверенное письмо от вашего работодателя, в котором указан размер зарплаты до вычетов и удержаний за последние 30 дней, вместе с копией вашей последней декларации о подоходном налоге. (Нет необходимости адресовать письмо программам. Достаточно указать на письме «Всем, кого это касается»).

Лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью

Предоставьте документацию о регистрации деловых операций за три месяца до подачи заявления с указанием вида коммерческой деятельности, дохода до вычетов и удержаний, чистого дохода, а также последнюю декларацию о подоходном налоге.

DOH-2794ru (2/12) Инструкции стр. 2 из 2

Также необходимо предоставить нотариально заверенное заявление о прогнозируемом доходе за текущий год.

Доход от аренды

Доход, который вы получаете от сдаваемой в аренду недвижимости, может быть подтвержден копией договора об аренде с вашими арендаторами и копией вашей последней декларации о подоходном налоге.

Остальные источники дохода

В качестве подтверждения получения других видов дохода необходимо прислать копии писем о назначении социального пособия по инвалидности/дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSD/SSI), чеки на пособие по безработице, чеки на пособие по социальному обеспечению, чеки на выплату пенсии и т. д. за последние 30 дней.

Отсутствие дохода, финансовая поддержка от других лиц

Если у вас нет дохода и вам оказывает финансовую поддержку друг или родственник, предоставьте письмо от этого лица с описанием характера материальной помощи.

D. Ликвидные активы

Размер ликвидных активов семьи не может превышать 25 000 долларов. К ликвидным активам относятся наличные деньги, средства на сберегательных счетах, акции, облигации и т. п. К ним не относятся личный автомобиль, дом или признанные на федеральном уровне пенсионные счета.

Источник активов

Отметьте все источники активов для вас и всех членов семьи. Это касается только тех членов семьи, с которыми у вас установлены взаимоотношения юридической ответственности (например, супруг(а) или ребенок, но не дядя, двоюродные братья и сестры или сожитель). Для каждого отмеченного источника укажите текущий баланс/сумму и владельца актива (вы или родственник).

Требуется документальное подтверждение активов. Владельцы ликвидных активов должны прислать копии недавних выписок из банковского счета с указанием суммы и размера полученных процентов/дивидендов.

E. Медицинская страховка

Программы могут оказать помощь лицам, имеющим другие медицинские страховки и испытывающим трудности с оплатой нестрахованных минимумов, доплат, взносов по программе Medicaid Spend-down/Surplus или других наличных затрат. Пришлите копию лицевой и обратной стороны всех карточек других медицинских страховок.

Medicaid/Family Health Plus

Укажите ваш статус Medicaid и подавали ли вы заявление на участие в программе Family Health Plus. Если вы являетесь участником программы Medicaid Spend-down/Surplus, укажите в отведенном месте оплачиваемую сумму.

Medicare

Укажите, имеете ли вы страховку Medicare и какого типа (A, B, C и D).

Медицинская страховка

Вы должны ответить на все вопросы относительно медицинской страховки. Если вы испытываете трудности с оплатой страховых взносов, позвоните по телефону 1.800.542.2437 или заполните заявление на участие в программе APIC (номер формы DOH 2794c), которое можно найти по адресу <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

F. Замещающие контактные лица и подпись

Вы должны указать лиц, с которыми сотрудники программы могут связаться вместо вас для обсуждения вашего заявления. Пожалуйста, прочтите заявление о конфиденциальности, в котором указаны лица, с которыми мы можем связаться по поводу вашего заявления и регистрации.

Внимательно прочтите текст подтверждения, затем подпишите заявление и поставьте дату. Мы не сможем рассмотреть неподписанное заявление. Снимите копию с заявления и сопроводительных документов для вашего архива.

Проблемы или вопросы

Если у вас есть трудности с заполнением заявления или вопросы о программах лечения ВИЧ для лиц без страховки, позвоните по бесплатному номеру 1-800-542-2437 или ознакомьтесь с документом «Часто задаваемые вопросы», который можно найти по адресу: <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

Заявление на участие в программах лечения ВИЧ для лиц без страховки

Данное заявление используется для определения права на участие в программах AIDS Drug Assistance Program (ADAP), ADAP Plus (первичная медицинская помощь), HIV Home Care и ADAP Plus Insurance Continuation (APIC). Для участия в программах Homecare и APIC требуются дополнительные документы. Если у вас есть вопросы о программах или о заполнении данного заявления, позвоните на нашу конфиденциальную горячую линию по номеру 1-800-542-2437.

ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ГРАФЫ ДАННОЙ ФОРМЫ РАЗБОРЧИВЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

А. Информация о заявителе

Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____ Дата рождения: ____ / ____ / ____

Другие используемые имена: _____ Номер карточки соц. обеспечения: ____ - ____ - ____

Адрес (Требуется документ, подтверждающий место жительства)

Улица: _____ Кв.: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Можно ли выслать информацию о программе по указанному адресу? Да Нет Если нет, укажите причину и другой адрес.

Телефон Основной: (____) _____ - _____ Дополнительный: (____) _____ - _____ Можно ли вам оставить сообщение? Да Нет

Пол Мужской Женский Транссексуал

Раса Белый Черный/афроамериканец Азиат Уроженец Гавайских островов/островов Тихого океана Коренной американец/уроженец Аляски

Более одной расы Другое _____

Этническая принадлежность Латиноамериканец Не латиноамериканец

Предпочтительный язык Английский Испанский Другой _____

Семейное положение Холост/не замужем, вдовец/вдова, разведен(а) В браке, проживаю с супругом(ой) В браке, проживаю отдельно

В. Организация проживания

Проживаю отдельно Проживаю совместно с другими лицами (укажите ниже) Бездомный/проживаю в приюте Освобожден(а) из исправительного учреждения

Имя и фамилия члена семьи*

Пол

Дата рождения

Кем приходится

Проживает с вами

1. _____	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Т	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. _____	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Т	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. _____	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Т	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. _____	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Т	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

* Если вы хотите, чтобы мы связались с кем-либо из перечисленных членов семьи, укажите его имя в качестве замещающего контактного лица на странице 2.

С. Доход – Заявитель и члены семьи (требуется документ, подтверждающий доход)

Источник дохода (Отметьте все подходящие пункты):

<input type="checkbox"/> Зарплата: <input type="checkbox"/> полная ставка <input type="checkbox"/> неполная ставка	<input type="checkbox"/> Социальное обеспечение	<input type="checkbox"/> Льготы ветеранам	<input type="checkbox"/> Нет дохода, финансовая поддержка от других лиц
<input type="checkbox"/> Работник городского хозяйства Нью-Йорка	<input type="checkbox"/> SSI (Дополнительный доход по социальному обеспечению)	<input type="checkbox"/> Алименты	<input type="checkbox"/> Нет дохода, жизнь за счет сбережений
<input type="checkbox"/> Индивидуальная трудовая деятельность	<input type="checkbox"/> SSD (Социальное страхование по инвалидности)	<input type="checkbox"/> Проценты/дивиденды/авторские отчисления	<input type="checkbox"/> Другое: _____
<input type="checkbox"/> Пособие по безработице	<input type="checkbox"/> Пенсионное пособие	<input type="checkbox"/> Доход от аренды	
<input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности	<input type="checkbox"/> Пенсия		

Для всех отмеченных выше пунктов укажите:

Источник дохода	Сумма до вычетов и удержаний	Периодичность получения	Получатель	Дата начала поступления
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	<input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Член семьи	____ / ____ / ____
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	<input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Член семьи	____ / ____ / ____
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно	<input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Член семьи	____ / ____ / ____

D. Ликвидные активы (требуется документальное подтверждение ликвидных активов)

Источник активов (Отметьте все подходящие пункты)

Текущий счет Сберегательный счет Депозитные сертификаты Акции/облигации/взаимные фонды Аннуитеты или доверительные фонды Проценты

Для всех отмеченных выше пунктов укажите:

Источник активов	Баланс/сумма	Получатель
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Член семьи <input type="checkbox"/> Совместно
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Член семьи <input type="checkbox"/> Совместно
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Заявитель <input type="checkbox"/> Член семьи <input type="checkbox"/> Совместно

E. Медицинская страховка

Имеете ли вы другие медицинские страховки? (Частный полис, организация медицинского обслуживания (НМО), медицинская страховка для членов профсоюза, пенсионная страховка или другой план медицинского обслуживания) Да Нет

Платите ли вы страховые взносы? Да Нет

В случае положительного ответа на оба вопроса: какова сумма взноса? \$ _____ Как часто вы платите страховые взносы? _____

В случае отрицательного ответа на вышеприведенные вопросы: имеете ли вы медицинскую страховку от вашего работодателя? Да Нет

Позвоните в программу по номеру 1-800-542-2437, чтобы узнать, каким образом программа ADAP может оказать помощь в оплате страховых взносов.

Если у вас есть медицинская страховка, пришлите копию лицевой и обратной стороны ваших карточек и укажите следующую информацию:

Название медицинской страховой компании: _____ Дата начала действия полиса: ____/____/____
Адрес: _____ Номер полиса: _____
Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Номер группы: _____
Представитель отдела обслуживания участников (если известен): _____ Телефон отдела обслуживания участников: (____) _____

Medicaid/Family Health Plus

Подávalи ли вы заявление? Да Нет

Если да, каково было решение? На рассмотрении Одобрено – Номер Medicaid: _____ Программа с частичной оплатой услуг (Spend-down) (если применимо) – Сумма: \$ _____
 Отклонено – Причина: _____

Medicare

Вы являетесь участником программы Medicare? Да Нет

Если да, какого типа? А - Стационарное обслуживание В - Первичная медицинская помощь С - План медицинского обслуживания Medicare Advantage
 D - План оплаты рецептурных препаратов

Вы платите страховые взносы по программе Medicare, часть D? Да Нет

Вы получаете «дополнительную помощь» по программе Medicare, часть D? Да Нет

Если нет, позвоните на нашу горячую линию, чтобы узнать подробности о «дополнительной помощи».

F. Замещающие контактные лица и подпись

Подписывая данное заявление, я разрешаю программам лечения для лиц без страховки (Uninsured Care Programs) обращаться к следующим лицам по поводу моего заявления (например, социальному работнику, специалисту по ведению пациентов, родственнику):

Имя и фамилия	Организация	Кем приходится	Номер телефона
_____	_____	_____	(____) _____ - _____
_____	_____	_____	(____) _____ - _____
_____	_____	_____	(____) _____ - _____

Текст подтверждения

Я подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является истинной и верной и что я являюсь жителем штата Нью-Йорк. Я понимаю следующее:

Данная информация предоставлена в связи с получением штатом Нью-Йорк средств из федерального бюджета. Сведения, предоставленные в данной форме, будут проверены должностными лицами программы. Должностные лица программы могут периодически проверять мой статус в компании Medicaid и при необходимости выставлять ей счета. В случае умышленного предоставления ложной информации в данном заявлении от меня могут потребовать возмещения предоставленных мне льгот и привлечь к уголовной ответственности в соответствии с действующими федеральными законами и законами штата.

Настоящим я подаю заявление на получение льгот по программам лечения для лиц без страховки и даю согласие на использование и раскрытие моей информации в целях лечения, оплаты медицинских услуг, оплаты страховых взносов и осуществления здравоохранительной деятельности программы.

Поставьте подпись и дату на данной форме

Подпись заявителя (или законного опекуна, если заявитель несовершеннолетний)

Дата

Сохраните копию данной формы в вашем архиве и отправьте оригинал и всю документацию по адресу:
Uninsured Care Programs, Empire Station, PO Box 2052, Albany, NY 12220-0052