Штат Нью-Йорк и программа EPIC Medicare работают сообща

Что такое EPIC?

Программа страхового покрытия рецептурных препаратов для пожилых граждан (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) — это программа штата Нью-Йорк, которая помогает пожилым гражданам осуществлять доплату за рецептурные препараты, покрываемые программой Medicare, часть D, во время разрыва в страховом покрытии (doughnut hole — «дырка от бублика»). Программа EPIC также покрывает стоимость рецептурных препаратов, субсидируемых по программе Medicare, часть D, за исключением рецептурных препаратов, купленных во время разрыва в страховом покрытии. Доплаты по программе EPIC составляют от 3 до 20 долларов в зависимости от стоимости препарата.

Программа полностью бесплатна: в ней отсутствуют взносы и непокрываемый минимум. Кроме того, программа EPIC оплачивает страховые взносы плана программы Medicare, часть D, до суммы, равной сумме страховых взносов базового плана (basic plan), для не состоящих в браке участников с годовым доходом до 23 000 долларов и для состоящих в браке участников с годовым доходом 29 000 долларов. Лица с более высоким доходом должны платить страховые взносы плана программы Medicare, часть D, самостоятельно.

Кто может стать участником программы?

- жители штата Нью-Йорк в возрасте 65 или более лет с годовым доходом до 35 000 (для не состоящих в браке) или 50 000 долларов (для состоящих в браке), а также
- имеющие право на участие в программе Medicaid пожилые люди с доходом выше установленной нормы (Medicaid spend down), не пользующиеся льготами по программе Medicaid в полном объеме

Участие в плане программы Medicare, часть D

Заявители могут подать заявление на участие в программе EPIC до того, как они станут участниками плана программы Medicare, часть D, но чтобы пользоваться льготами программы EPIC, участие в части D обязательно. Поскольку EPIC является программой помощи штата в оплате рецептурных препаратов (state pharmaceutical assistance program, SPAP), для участия в которой необходимо соответствовать определенным требованиям, после зачисления в EPIC ее участники могут стать участниками плана части D в течение года или сменить планы программы Medicare, часть D, один раз в течение года.

Как подать заявление на участие в программе

- Полностью заполните и подпишите заявление.
- Лица, состоящие в браке, могут заполнять одну форму заявления.
- Оба состоящие в браке и совместно проживающие супруга должны подписать форму заявления.
- Укажите совокупный доход за предыдущий календарный год.
- Состоящие в браке и совместно проживающие супруги должны указать общий доход, даже если заявление подает только один из супругов.

Для получения более подробной информации, позвоните по бесплатному номеру телефона линии помощи по вопросам программы EPIC **1-800-332-3742** (**линия TTY: 1-800-290-9138**)
Загрузите форму заявления на английском или испанском языке с веб-сайта **http://health.ny.gov** *Нажмите на EPIC for Seniors (программа EPIC для пожилых людей)*

Или напишите по адресу:

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, New York 12212-5018

Штат Нью-Йорк и программа EPIC Medicare работают сообща

Заявление

Пожалуйста, пишите разборчиво печатными буквами!

Кто подает заявление? ☐ **Только** вы ☐ Вы **и ваш(-а) супруг(-а)**

Ваша фамилия | Имя | Средний инициал

Имя и фамилия получателя (если отличается от выше указанных)

Адрес проживания (не указывать почтовый ящик)

Город | Штат | Почтовый индекс

Адрес, по которому вы получаете почту (если отличается от выше указанного)

Город | Штат | Если отличается от выше указанного

Номер социального обеспечения

___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Пол

☐ Женский ☐ Мужской

Дата рождения

Месяц / День / Год

_____ / _____ / _____

Ваш номер телефона

Телефонный код зоны | Номер

( )

Семейное положение

☐ Вдовец/вдова, неженатый/незамужняя или разведенный/ разведенная

☐ Женатый/замужняя

☐ Женатый/замужняя, раздельное проживание

Имя, фамилия супруга(-и) (при совместном проживании)

Фамилия | Имя | Средний инициал

Номер социального обеспечения супруга(-и)

___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Дата рождения супруга(-и)

Месяц / День / Год

_____ / _____ / _____

Укажите ваш номер участника программы Medicare (красная, белая или синяя карточка) _____

Укажите номер участника программы Medicare вашего(-ей) супруга(-и) (красная, белая или синяя карточка) _____

Пожалуйста, заполните стр. 2

ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ? БЕСПЛАТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА: 1-800-332-3742

Укажите совокупный доход за предыдущий календарный год.

- **Если вы женаты (замужем) и проживаете вместе с супругом, вы должны указать совокупный годовой доход — ваш и вашего(-ей) супруга(-и), даже если заявление подает только один из вас. Если вы женаты (замужем), но проживаете отдельно, укажите только свой годовой доход.**
- **Умножьте месячные суммы на 12, чтобы получить годовой доход.**

	Ваш годовой доход	Годовой доход супруга(-и)
1. Льготы по линии социального обеспечения и (или) льготы пенсионера ж/д транспорта *(за вычетом страховых взносов Medicare)*, выплачиваемые вам по чеку или через прямой депозит	$ _____	$ _____
2. Другой доход: пенсии, аннуитеты, проценты, дивиденды, поступления с индивидуального пенсионного счета, доход с капитала, заработная плата, доход или убытки от предпринимательской деятельности, доход от аренды и т. д.	$ _____	$ _____
3. СОВОКУПНЫЙ ГОДОВОЙ ДОХОД (добавьте суммы в строках **1** и **2**)	$ _____	$ _____

Внимательно прочитайте и подпишитесь ниже:

Я удостоверяю, что информация, указанная в данной форме, является правильной. Я проживаю в штате Нью-Йорк и в настоящее время не получаю полного объема льгот по программе Medicaid. Я знаю, что от меня требуется предоставить документы, подтверждающие мой возраст, доход, проживание, статус в программе Medicare и участие (при наличии) в плане субсидирования стоимости рецептурных препаратов программы Medicare, часть D. Я также знаю, что для участия в программе EPIC я должен (должна) быть участником плана субсидирования стоимости рецептурных препаратов программы Medicare, часть D. Я понимаю, что непредоставление идентифицирующей информации, необходимой для зачисления в план части D или субсидии по программе Medicare, при наличии правомочия, может привести к прекращению страхового покрытия по программе EPIC. Я согласен (согласна) на взаимообмен предоставленной мною информацией между программой EPIC, Управлением социального обеспечения, программой Medicare, программой Medicaid штата Нью-Йорк, Налоговым управлением штата Нью-Йорк, планами субсидирования стоимости рецептурных препаратов программы Medicare, часть D, и другими задействованными организациями. В случае дублирования или переплаты программой EPIC я передаю программе EPIC все льготы по страховому покрытию рецептурных препаратов, на которые я могу иметь право в рамках плана части D или государственного плана. Я разрешаю своим поставщикам медицинских услуг передавать программе EPIC мою медицинскую информацию, касающуюся рецептов и (или) диагноза для использования при осуществлении платежей, аудитов и подобных операций.

Вы и ваш(-а) супруг(-а) (если вы состоите в браке и проживаете вместе) должны поставить подпись ниже:

_____ _____
Ваша подпись (подпись официального представителя) Дата

_____ _____
Подпись супруга(-и) (подпись официального представителя) Дата

Разрешение (ЗАПОЛНЯТЬ НЕОБЯЗАТЕЛЬНО): Я даю программе EPIC согласие на раскрытие моей информации следующим лицам/членам семьи, принимающим участие в моем медицинском обслуживании, в объеме, необходимом для оформления моих льгот по программе EPIC.

_____
Имя и фамилия печатным буквами

Отправьте заполненную форму по адресу:

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018

или по факсу: (518) 452-3576

Штат Нью-Йорк и программа EPIC Medicare работают сообща

Информация, содержащаяся в данном заявлении, хранится как строго конфиденциальная и используется только для определения вашего правомочия на участие в программе EPIC.