



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

i Medicare, podjęły współpracę

Czym jest EPIC?

Program pod nazwą The Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) to program stanu Nowy Jork zarządzany przez Departament Zdrowia. Zapewnia seniorom pomoc w zakresie współpłaty za leki na receptę w ramach programu Medicare Part D w sytuacji **pokrycia udziału własnego w ramach Part D**. EPIC także pokrywa wiele leków wyłączonych z planu Medicare Part D.

- Członkowie **planu opłat** wnoszą roczną opłatę na rzecz EPIC w oparciu o swój dochód. Współpłaty EPIC wynoszą 3–20 USD w zależności od ceny leku. Osoby objęte Pełną dodatkową pomocą (Full Extra Help) ze strony Medicare nie muszą opłacać swojej składki EPIC.
- Członkowie **planu udziału własnego** muszą pokryć roczny nierefundowany udział własny w oparciu o swój dochód przed zapłaceniem współpłaty EPIC za leki.

EPIC także pokrywa składki planu Medicare Part D do sumy planu podstawowego dla członków planu z rocznym dochodem do 23 000 USD dla osoby samotnej i 29 000 USD dla osoby zamężnej/żonatej.

Osoby o wyższych dochodach muszą opłacać swoje składki w ramach planu Part D.

- Aby pomóc im zapłacić, ich udział własny EPIC jest obniżony o roczny koszt planu podstawowego Medicare Part D.
- Udział własny EPIC dla dochodów w zacięniowanych obszarach w harmonogramie planu udziału własnego będzie mniejszy niż przedstawione kwoty.

Kto może przystąpić?

- Mieszkaniec stanu Nowy Jork w wieku od 65 lat z rocznym dochodem poniżej 75 000 USD (osoba samotna) lub 100 000 USD (osoba zamężna/żonata).
- Kwalifikująca się osoba starsza, której aktywa są niższe niż limit określony dla Medicaid i która nie otrzymuje pełnych świadczeń Medicaid.

Zapisy do planu Medicare Part D

Wszyscy członkowie EPIC muszą mieć Part D, aby otrzymać świadczenia EPIC. Ponieważ EPIC jest oficjalnym stanowym planem pomocy w zakresie opłacania leków (SPAP), członkowie programu mogą przystąpić do planu Part D w ciągu całego roku po przystąpieniu do programu EPIC. Mogą także zmienić plan Medicare Part D na inny raz w ciągu roku.

Można zaoszczędzić dzięki „Dodatkowej pomocy”!

Jeśli przedstawiciele EPIC uznają, że senior może spełniać warunki Dodatkowej pomocy (Extra Help), EPIC prześle formularz z prośbą o dodatkowe informacje. Senior wówczas z mocy przepisów prawa jest zobowiązany do dostarczenia dodatkowych informacji w celu zapewnienia pokrycia ubezpieczeniowego EPIC.

- Seniorzy otrzymujący Dodatkową pomoc mogą przesać wraz z formularzem kopię pisma informującego od Social Security Administration.
- W przypadku otrzymania zgody na pełną Dodatkową pomoc, senior będzie pokrywać niższe współpłaty i nie będzie mieć luki w pokryciu ubezpieczeniowym Medicare Part D. Medicare i EPIC pokryją całość lub większość miesięcznej składki planu Part D.
- EPIC wykorzysta informacje z formularza z prośbą o dodatkowe informacje do złożenia wniosku o Dodatkową pomoc w imieniu seniora; nie będą one użyte do weryfikacji spełniania kryteriów EPIC.

Jak złożyć wniosek

- Należy wypełnić wniosek, podpisać go i przesać na poniższy adres.
- Należy złożyć oddzielny wniosek lub na wspólnym formularzu ze współmałżonkiem zamieszkującym w tym samym gospodarstwie domowym.
- Należy poinformować o całkowitym dochodzie wnioskodawcy i współmałżonka (nawet jeśli wniosek składa jedna osoba) i oboje współmałżonkowie muszą podpisać formularz.

Więcej informacji można uzyskać dzwoniąc pod bezpłatny numer infolinii EPIC

1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)

Pobierz aplikację w witrynie: http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm

wybierz wersję językową lub napisz:

EPIC

P.O. Box 15018

Albany, New York 12212-5018



**i Medicare,
podjęły współpracę**

Wniosek

Prosimy pisać czytelnie!

Kto składa wniosek? Tylko wnioskodawca Wnioskodawca i współmałżonek

Nazwisko wnioskodawcy Imię Pierwsza litera drugiego imienia

Do rąk (jeśli inne niż imię i nazwisko powyżej)

Adres zamieszkania (nie numer skrytki pocztowej)

Miejscowość Stan Kod pocztowy

Adres pocztowy (jeśli inny od adresu zamieszkania)

Miejscowość Stan Kod pocztowy

Imię i nazwisko współmałżonka (jeśli jest)

Nazwisko Imię Pierwsza litera drugiego imienia

Numer ubezpieczenia społecznego

Płeć

Kobieta Mężczyzna

Twoja data urodzenia

Miesiąc Dzień Rok

Numer telefonu wnioskodawcy

Numer kierunkowy telefonu

()

Stan cywilny

Wdowiec/wdowa, kawaler/panna,
rozwódzony/rozwódzona

Żonaty/zamężna

Żonaty/zamężna, mieszkający
osobno

**Numer ubezpieczenia społecznego
współmałżonka**

Data urodzenia współmałżonka

Miesiąc Dzień Rok

Wprowadź swój numer roszczenia Medicare (czerwono-biało-niebieska karta)

Wprowadź numer roszczenia Medicare współmałżonka (czerwono-biało-niebieska karta)

(Proszę odwrócić i wypełnić drugą stronę)

NEED HELP? CALL TOLL-FREE: 1-800-332-3742
POTRZEBUJESZ POMOCY? ZADZWOŃ POD
BEZPŁATNY NUMER: 1-800-332-3742

Proszę zgłosić cały dochód za ubiegły rok kalendarzowy.

- Jeśli pozostają Państwo w związku małżeńskim i mieszkają Państwo razem, proszę zgłosić sumę dochodów rocznych obojga współmałżonków, nawet jeśli tylko jedno z Państwa składa wniosek. W przypadku małżeństwa mieszkającego osobno proszę zgłosić jedynie własny dochód.
- Proszę pomnożyć miesięczny dochód przez 12, aby uzyskać roczny dochód.

	Roczny dochód wnioskodawcy	Roczny dochód współmałżonka
1. Świadczenia z Social Security i/lub Railroad Retirement Benefits (minus składki na Medicare Part B) wypłacane pod postacią czeku lub przelewem.	\$ _____	\$ _____
2. Inny dochód: obejmuje emerytury, renty, odsetki, dywidendy, dystrybucje w ramach IRA, zyski z kapitału, wynagrodzenia, dochody lub straty z tytułu prowadzonej działalności, dochód netto z wynajmu itp.	\$ _____	\$ _____
3. CAŁKOWITY DOCHÓD ROCZNY (Dodać wiersze 1 i 2)	\$ _____	\$ _____

Proszę przeczytać uważnie i podpisać poniżej:

Zaświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. Mieszkam w stanie Nowy Jork i obecnie nie pobieram pełnych świadczeń Medicaid. Jestem świadomy/a, że wymagane jest podanie dowodów dotyczących mojego wieku, dochodów, miejsca zamieszkania, statusu Medicare i planu leków Medicare Part D, o ile dotyczy. Jestem także świadomy/a, że jestem zobowiązany/a zapisać się do planu leków Medicare Part D, by móc zapisać się do programu EPIC. Jestem świadomy/a, że niedopełnienie obowiązku zapewnienia informacji pozwalających na identyfikację tożsamości w celu zapisania się do planu Part D lub na dotację Medicare (Dodatkowa pomoc) — w przypadku kwalifikowania się na nią — może być powodem do wygaśnięcia polisy EPIC. Wyrażam zgodę na przekazanie wszelkich informacji niezbędnych do potwierdzenia mojej kwalifikacji do programu w ramach i pomiędzy EPIC, Social Security Administration (Administracją Ubezpieczeń Społecznych), Medicare, Programem Medicaid stanu Nowy Jork, Departamentem Podatkowym stanu Nowy Jork, planami lekarstw Medicare Part D i wszelkimi innymi podmiotami, w przypadku których jest to konieczne. W przypadku podwójnego świadczenia lub zbyt wysokiej wypłaty ze strony EPIC, przysnaję EPIC wszelkie świadczenia dotyczące leków, do których mam prawo w ramach planu Part D lub jakiegokolwiek planu rządowego. Upoważniam instytucje służby zdrowia do ujawniania programowi EPIC moich danych medycznych związanych z lekami na receptę i/lub diagnozami dla celów wykorzystania przy wypłatach, audytach lub powiązanych operacjach opieki zdrowotnej.

Pan/i oraz współmałżonek (w przypadku wspólnego zamieszkania) musicie oboje podpisać poniżej:

Podpis wnioskodawcy (przedstawiciela prawnego)

Data

Podpis współmałżonka (przedstawiciela prawnego)

Data

Upoważnienie (OPCJONALNE): Wyrażam zgodę na to, by EPIC ujawnił moje dane następującym osobom/członkom rodziny, którzy są zaangażowani w moją opiekę zdrowotną dla celów związanych z przetwarzaniem moich świadczeń w ramach programu EPIC.

Proszę wpisywać imiona i nazwiska drukowanymi literami

Niniejszy formularz należy wysłać po wypełnieniu pod adres:

lub faksem: (518) 452-3576

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



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

**i Medicare,
podjęły współpracę**

Kawaler/panna	Dochód roczny		Opłata roczna	
	Do			
	Do	\$6000		\$8
		\$6001 – \$7000		\$16
		\$7001 – \$8000		\$22
		\$8001 – \$9000		\$28
		\$9001 – \$10 000		\$36
		\$10 001 – \$11 000		\$40
		\$11 001 – \$12 000		\$46
		\$12 001 – \$13 000		\$54
		\$13 001 – \$14 000		\$60
		\$14 001 – \$15 000		\$80
		\$15 001 – \$16 000		\$110
		\$16 001 – \$17 000		\$140
		\$17 001 – \$18 000		\$170
		\$18 001 – \$19 000		\$200
		\$19 001 – \$20 000		\$230
		Ponad 20 000 USD		Zob. Plan udziału własnego

Żonaty/zamężna	Łączny dochód roczny		Opłata roczna (Każda osoba)	
	Do			
	Do	\$6000		\$8
		\$6001 – \$7000		\$12
		\$7001 – \$8000		\$16
		\$8001 – \$9000		\$20
		\$9001 – \$10 000		\$24
		\$10 001 – \$11 000		\$28
		\$11 001 – \$12 000		\$32
		\$12 001 – \$13 000		\$36
		\$13 001 – \$14 000		\$40
		\$14 001 – \$15 000		\$40
		\$15 001 – \$16 000		\$84
		\$16 001 – \$17 000		\$106
		\$17 001 – \$18 000		\$126
		\$18 001 – \$19 000		\$150
		\$19 001 – \$20 000		\$172
		\$20 001 – \$21 000		\$194
		\$21 001 – \$22 000		\$216
		\$22 001 – \$23 000		\$238
		\$23 001 – \$24 000		\$260
		\$24 001 – \$25 000		\$275
		\$25 001 – \$26 000		\$300
		Ponad \$26 000		Zob. Plan udziału własnego



EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

**i Medicare,
podjęły współpracę**

Obszary zacienione — Pana/Pani udział własny EPIC będzie mniejszy od podanej kwoty.

	Dochód roczny		Roczny udział własny		Łączny dochód roczny		Roczny udział własny (Każda osoba)		Łączny dochód roczny		Roczny udział własny (Każda osoba)	
	Poniżej 20 000 USD		Patrz Plan opłat		Poniżej 26 000 USD		Patrz Plan opłat		Poniżej 26 000 USD		Patrz Plan opłat	
Kawaler/panna	\$20 001 – \$21 000			\$530	\$26 001 – \$27 000		\$650	\$63 001 – \$64 000		\$2135		
	\$21 001 – \$22 000			\$550	\$27 001 – \$28 000		\$675	\$64 001 – \$65 000		\$2165		
	\$22 001 – \$23 000			\$580	\$28 001 – \$29 000		\$700	\$65 001 – \$66 000		\$2195		
	\$23 001 – \$24 000			\$720	\$29 001 – \$30 000		\$725	\$66 001 – \$67 000		\$2225		
	\$24 001 – \$25 000			\$750	\$30 001 – \$31 000		\$900	\$67 001 – \$68 000		\$2255		
	\$25 001 – \$26 000			\$780	\$31 001 – \$32 000		\$930	\$68 001 – \$69 000		\$2285		
	\$26 001 – \$27 000			\$810	\$32 001 – \$33 000		\$960	\$69 001 – \$70 000		\$2315		
	\$27 001 – \$28 000			\$840	\$33 001 – \$34 000		\$990	\$70 001 – \$71 000		\$2345		
	\$28 001 – \$29 000			\$870	\$34 001 – \$35 000		\$1020	\$71 001 – \$72 000		\$2375		
	\$29 001 – \$30 000			\$900	\$35 001 – \$36 000		\$1050	\$72 001 – \$73 000		\$2405		
	\$30 001 – \$31 000			\$930	\$36 001 – \$37 000		\$1080	\$73 001 – \$74 000		\$2435		
	\$31 001 – \$32 000			\$960	\$37 001 – \$38 000		\$1110	\$74 001 – \$75 000		\$2465		
	\$32 001 – \$33 000			\$1160	\$38 001 – \$39 000		\$1140	\$75 001 – \$76 000		\$2495		
	\$33 001 – \$34 000			\$1190	\$39 001 – \$40 000		\$1170	\$76 001 – \$77 000		\$2525		
	\$34 001 – \$35 000			\$1230	\$40 001 – \$41 000		\$1200	\$77 001 – \$78 000		\$2555		
	\$35 001 – \$36 000			\$1260	\$41 001 – \$42 000		\$1230	\$78 001 – \$79 000		\$2585		
	\$36 001 – \$37 000			\$1290	\$42 001 – \$43 000		\$1260	\$79 001 – \$80 000		\$2615		
	\$37 001 – \$38 000			\$1320	\$43 001 – \$44 000		\$1290	\$80 001 – \$81 000		\$2645		
	\$38 001 – \$39 000			\$1350	\$44 001 – \$45 000		\$1320	\$81 001 – \$82 000		\$2675		
	\$39 001 – \$40 000			\$1380	\$45 001 – \$46 000		\$1575	\$82 001 – \$83 000		\$2705		
	\$40 001 – \$41 000			\$1410	\$46 001 – \$47 000		\$1610	\$83 001 – \$84 000		\$2735		
	\$41 001 – \$42 000			\$1440	\$47 001 – \$48 000		\$1645	\$84 001 – \$85 000		\$2765		
	\$42 001 – \$43 000			\$1470	\$48 001 – \$49 000		\$1680	\$85 001 – \$86 000		\$2795		
	\$43 001 – \$44 000			\$1500	\$49 001 – \$50 000		\$1715	\$86 001 – \$87 000		\$2825		
	\$44 001 – \$45 000			\$1530	\$50 001 – \$51 000		\$1745	\$87 001 – \$88 000		\$2855		
	\$45 001 – \$46 000			\$1560	\$51 001 – \$52 000		\$1775	\$88 001 – \$89 000		\$2885		
	\$46 001 – \$47 000			\$1590	\$52 001 – \$53 000		\$1805	\$89 001 – \$90 000		\$2915		
	\$47 001 – \$48 000			\$1620	\$53 001 – \$54 000		\$1835	\$90 001 – \$91 000		\$2945		
	\$48 001 – \$49 000			\$1650	\$54 001 – \$55 000		\$1865	\$91 001 – \$92 000		\$2975		
	\$49 001 – \$50 000			\$1680	\$55 001 – \$56 000		\$1895	\$92 001 – \$93 000		\$3005		
	\$50 001 – \$51 000			\$1710	\$56 001 – \$57 000		\$1925	\$93 001 – \$94 000		\$3035		
	\$51 001 – \$52 000			\$1740	\$57 001 – \$58 000		\$1955	\$94 001 – \$95 000		\$3065		
	\$52 001 – \$53 000			\$1770	\$58 001 – \$59 000		\$1985	\$95 001 – \$96 000		\$3095		
	\$53 001 – \$54 000			\$1800	\$59 001 – \$60 000		\$2015	\$96 001 – \$97 000		\$3125		
	\$54 001 – \$55 000			\$1830	\$60 001 – \$61 000		\$2045	\$97 001 – \$98 000		\$3155		
	\$55 001 – \$56 000			\$1860	\$61 001 – \$62 000		\$2075	\$98 001 – \$99 000		\$3185		
	\$56 001 – \$57 000			\$1890	\$62 001 – \$63 000		\$2105	\$99 001 – \$100 000		\$3215		
	\$57 001 – \$58 000			\$1920								
	\$58 001 – \$59 000			\$1950								
	\$59 001 – \$60 000			\$1980								
	\$60 001 – \$61 000			\$2010								
	\$61 001 – \$62 000			\$2040								
	\$62 001 – \$63 000			\$2070								
	\$63 001 – \$64 000			\$2100								
	\$64 001 – \$65 000			\$2130								
	\$65 001 – \$66 000			\$2160								
	\$66 001 – \$67 000			\$2190								
\$67 001 – \$68 000			\$2220									
\$68 001 – \$69 000			\$2250									
\$69 001 – \$70 000			\$2280									
\$70 001 – \$71 000			\$2310									
\$71 001 – \$72 000			\$2340									
\$72 001 – \$73 000			\$2370									
\$73 001 – \$74 000			\$2400									
\$74 001 – \$75 000			\$2430									
	Ponad \$75 000		Nie kwalifikuje się					Ponad \$100 000		Nie kwalifikuje się		