

Заява на виключне обслуговування з планування родини (Family Planning Only) для осіб, які не є громадянами

<p>Чи маєте виправо на участь у програмі FPO для осіб, які не є громадянами (програма фінансується штатом)</p>	<p>Програма FPO для осіб, які не є громадянами (фінансується штатом), призначена для осіб, які не відповідають вимогам щодо отримання статусу громадянина або іммігранта, а також для кваліфікованих робітників, які не вичерпали 5-річного терміну до отримання офіційного імміграційного статусу. Участь у програмі FPO можуть взяти постійні мешканці штату Вашингтон, дохід яких не перевищує 260% федерального рівня бідності (FPL), незалежно від статі та імміграційного статусу, і які не мають права на обслуговування за повноцінними програмами Apple Health та не користуються іншими планами або програмами медичного страхування.</p> <p>Програма FPO також доступна застрахованим особам, яким потрібні конфіденційні послуги з планування родини. Подати заяву на участь у програмі FPO можна в будь-який час.</p>
<p>Чи є ви постійним мешканцем штату Вашингтон?</p>	<p>Постійний мешканець або резидент штату Вашингтон — це особа, яка на даний момент проживає і має намір проживати у штаті Вашингтон, яка в'їхала до штату в пошуках роботи, або в'їхала до штату по роботі.</p>
<p>Які послуги покрито?</p>	<p>Програма, між іншим, пропонує такі страхові послуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Візит з метою профілактики комплексного планування родини • Консультації, інформування, введення у питання та керування заходами та діями, спрямованими на контроль народжуваності (або з питання контрацепції) • Скринінг щодо раку шийки матки • Аналізи та лікування щодо певних захворювань, які передаються статевим шляхом (ХПСШ), та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) • Рецептурні та безрецептурні засоби контрацепції (контроль народжуваності) • Процедури зі стерилізації
<p>Як подавати заяву?</p>	<p>Подати заяву на участь у програмі FPO можна в будь-який час через постачальника послуг, який обслуговує клієнтів Apple Health, або ж самостійно, зателефонувавши 1-800-562-3022 або подавши цю заяву у такий спосіб:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поштою: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531 • Факсом: 1-866-841-2267 • Електронною поштою: apple@hca.wa.gov
<p>Які ще варіанти медичного страхування є доступними у штаті Вашингтон?</p>	<p>Інформація про програми Apple Health, зокрема про програми, доступні іммігрантам без відповідного статусу або без відповідних документів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hca.wa.gov/apple-health-non-citizens • hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals
<p>Як заповнити розділ 1?</p>	<p>Заповніть усі пункти, які зможете. Додаткова інформація, що стосується окремих питань розділу 1 заяви, наведена нижче.</p>

<p>Яким чином Управління охорони здоров'я (HCA) використовуватиме ваш номер соціального страхування (SSN)?</p>	<p>Управління охорони здоров'я (HCA) використовує цю інформацію для визначення вашого права на покриття, підтверджуючи вашу особу, громадянство, імміграційний статус, дату народження та доступність іншого медичного страхового покриття. Управління охорони здоров'я (HCA) не передає цю інформацію жодній імміграційній службі для примусового застосування до вас імміграційних законів.</p> <p>Подання заявки на участь у Програмі виключного обслуговування щодо планування родини (FPO) для осіб, які не є громадянами (фінансується штатом) не вплине на ваш імміграційний статус та на можливості отримати право на постійне проживання або громадянство. Якщо у вас немає номеру соціального страхування (SSN), не заповнюйте цей пункт.</p>
<p>Яким чином Управління охорони здоров'я (HCA) використовуватиме вашу інформацію про ваш імміграційний статус?</p>	<p>Управління охорони здоров'я (HCA) використовує цю інформацію для визначення вашого права на покриття, підтверджуючи вашу особу, громадянство, імміграційний статус, дату народження та доступність іншого медичного страхового покриття.</p> <p>Управління охорони здоров'я (HCA) не передає вашу інформацію жодній імміграційній службі для примусового застосування до вас імміграційних законів.</p> <p>До права на отримання послуг FPO особами, які не є громадянами (у рамках програми, що фінансується штатом) не застосовується перевірка за критерієм «суспільного тягаря». Якщо у вас є запитання про те, яким чином подання заявки на участь у програмі медичного страхування Apple Health або у Програмі виключного обслуговування щодо планування родини (FPO) для осіб, які не є громадянами (фінансується штатом) може вплинути на ваш імміграційний статус та на можливості отримати право на постійне проживання або громадянство, зверніться до імміграційного адвоката.</p>
<p>Чи є доступною мовна підтримка або підтримка інвалідам на етапі подання заяви?</p>	<p>Щоб отримати безкоштовну допомогу іншою мовою (у тому числі допомогу усного перекладача або послуги з перекладу друкованих матеріалів), зателефонуйте на номер 1-800-562-3022. Додаткова інформація: hca.wa.gov/interpreter-services.</p>
<p>Чи можна подати заяву через уповноваженого представника (AREP)?</p>	<p>Так. Вповноважений представник (AREP) — це будь-яка повнолітня людина, яка в достатній мірі обізнана щодо домашніх обставин та вповноважена домогосподарством/родиною виступати від імені домогосподарства/родини з метою визначення наявності прав на послуги. Ці відносини відрізняються від партнерських відносин, які встановлюються з Навігатором або Брокером.</p>
<p>Які вимоги програми FPO щодо доходу?</p>	<p>Дохід повинен бути нижчим за 260% від федерального рівня бідності (FPL). Детальніша інформація: hca.wa.gov/family-planning.</p>
<p>Як визначається розмір домогосподарства?</p>	<p>Розмір домогосподарства визначається, виходячи зі статусу у рамках декларування доходів для сплати податків. Членом домогосподарства є подружжя або утриманець, від імені якого заявник подає податкову декларацію, та про статус податкового утриманця якого він заявляє. Якщо ви не подаєте податкові декларації, членом домогосподарства вважається подружжя або утриманці, які мешкають разом із вами.</p>

<p>Що робити, якщо ви користуєтеся іншими страховими програмами, та вам потрібні конфіденційні послуги?</p>	<p>Ви можете мати право на конфіденційні послуги з планування родини навіть за наявності медичного страхування, якщо до вас застосовна будь-яка виняткова умова з наведених нижче:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вам потрібні конфіденційні послуги з планування родини, і ви не є старшим(-ою) за 18 років; або • Ви є жертвою домашнього насильства, і на вас розповсюджене медичне страхування мого кривдника. <p>Зателефонуйте до Управління з охорони здоров'я (HCA) за номером 1-800-562-3022 та зареєструйтеся для отримання конфіденційного обслуговування.</p>
<p>Що робити, якщо ви користуєтеся іншими страховими програмами?</p>	<p>Якщо ви користуєтеся іншими страховими планами або програмами, які покривають послуги з планування родини, ви матимете право на послуги за програмою FPO тільки у тому разі, якщо вам потрібні конфіденційні послуги з планування родини.</p>
<p>Яким є обсяг обслуговування за повноцінною програмою Apple Health (Medicaid), і чи маєте ви обрати альтернативну програму?</p>	<p>Якщо ви маєте право на повноцінне страхове покриття за програмою Apple Health, ви маєте доступ до страхових пільг, зокрема маєте право на госпітальне та амбулаторне медичне обслуговування, послуги з догляду на дому, послуги лікаря, а також послуги, що стосуються рецептурних препаратів, стоматологічних послуг і фізіотерапії.</p> <p>Ми радимо вам подати заяву на отримання повноцінного покриття Apple Health (Medicaid), щоб отримувати максимальне за обсягом страхове медичне обслуговування, на яке ви можете мати право. Додаткова інформація про повноцінне обслуговування за програмою Apple Health наведена за адресою hca.wa.gov/apple-health.</p> <p>Ви можете відмовитися від права на подання заяви на повноцінне медичне покриття за програмою Apple Health, якщо ви не маєте права, однак все одно отримуєте послуги FPO.</p>
<p>Яким чином і коли ви дізнаєтесь про статус вашої заяви?</p>	<p>Заяви обробляються в порядку отримання протягом 45 днів. За потреби в додатковій інформації з вами зв'яжуться телефоном та/або поштою. Лист про ухвалення або відхилення заяви буде направлено вам відразу після обробки заяви.</p> <p>Деякі постачальники послуг можуть надавати послуги впродовж періоду очікування подання та обробки вашої заяви.</p>
<p>Чи можете ви подати апеляцію на рішення щодо наявності у вас прав обслуговування за програмою?</p>	<p>Так, ви можете подати апеляцію впродовж 90 днів, якщо ви незгодні з рішенням, прийнятим Управлінням охорони здоров'я (HCA), системою Washington Healthplanfinder або Департаментом соціального забезпечення та охорони здоров'я (DSHS), що впливає на ваше право на медичне страхування.</p> <p>Додаткова інформація щодо процедури подання апеляції наведена за адресою hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid.</p>
<p>Де можна отримати додаткову інформацію?</p>	<p>Додаткова інформація наведена за адресою: hca.wa.gov/family-planning.</p>

Заява на виключне обслуговування з планування родини (Family Planning Only) для осіб, які не є громадянами

Чи ви наразі вагітні? Так Ні Якщо ви відповіли «Так», ви не маєте права на послуги з планування родини. Утім ви можете мати право на медичне страхове покриття. Подайте заяву онлайн за адресою www.washingtonconnection.org

Заповнюючи цю заяву ви підтверджуєте, що бажаєте отримувати виключно послуги з планування родини.

1. Персональні та контактні дані заявника

Ім'я (вказіть офіційне ім'я)		Ініціал середнього імені		Прізвище	
Чоловіча стать	Жіноча стать	Дата народження	Номер соціального забезпечення (якщо анявний)	Чи ви є мешканцем штату Вашингтон? Так Ні	
Адреса мешкання		Квартира №	Місто	Штат	Поштовий індекс
Поштова адреса		Квартира №	Місто	Штат	Поштовий індекс
Робочий номер телефону/ Номер для повідомлень		Домашній/мобільний/ бажаний номер телефону		Чи можна звертатися до вас за зазначеними номерами телефону? Так Ні	
Адреса електронної пошти					
Чи є у вас проблеми з говорінням, читанням або писанням англійською?				Так	Ні
Чи потрібен вам перекладач?		Так	Ні	Якою мовою ви спілкуєтеся?	

Мені потрібне конфіденційне обслуговування, і:

Мені не більше 18 років; або

Я є жертвою побутового насильства і користуюся медичним покриттям агресора

Ви користуєтеся приватним планом медичного страхування або страховим покриттям за програмою Apple Health (Medicaid)? Так Ні

Якщо **Ні**, ви можете, виходячи з наявної інформації, прийняти рішення не подавати заяву на отримання повноцінного покриття Apple Health, але все одно мати право на участь у програмі FPO, **відмітивши поле нижче**.

Щоб отримати додаткову інформацію щодо прав на інші види медичного страхового покриття, перейдіть за адресою wahealthplanfinder.org

Я хочу подати заяву на виключне обслуговування з планування родини та на підставі отриманої інформації приймаю рішення не подавати заяву на повноцінне страхове покриття за програмою Apple Health (Medicaid).

2. Доходи від трудової / підприємницької діяльності

Ваш заробіток		Отримано іншими членами домогосподарства	
Назва/ім'я та прізвище поточного роботодавця (1-а робота)	Телефон	Назва/ім'я та прізвище поточного роботодавця (1-а робота)	Телефон
Загальний прибуток за місяць до сплати податків <i>(та/або чистий місячний дохід від індивідуальної підприємницької діяльності)</i>	Працюєте на себе? Так Ні	Загальний прибуток за місяць до сплати податків <i>(та/або чистий місячний дохід від індивідуальної підприємницької діяльності)</i>	Працюєте на себе? Так Ні
Назва/ім'я та прізвище поточного роботодавця (2-а робота)	Телефон	Назва/ім'я та прізвище поточного роботодавця (2-а робота)	Телефон
Загальний прибуток за місяць до сплати податків <i>(та/або чистий місячний дохід від індивідуальної підприємницької діяльності)</i>	Працюєте на себе? Так Ні	Загальний прибуток за місяць до сплати податків <i>(та/або чистий місячний дохід від індивідуальної підприємницької діяльності)</i>	Працюєте на себе? Так Ні

Якщо член домогосподарства наразі має більше двох роботодавців, надайте додаткову інформацію на окремому аркуші паперу. Додаткова інформація щодо декларування доходів наведена за адресою wahbexchange.org/how-to-report-income.

3. Інший дохід домогосподарства

Щомісячна сума доходу: Хто отримує:

Аліменти/підтримка подружжя	_____	_____
Дохід від оренди та/або роялті (чистий)	_____	_____
Соціальна підтримка/пільги колишнім працівникам залізничної системи	_____	_____
Допомога безробітним	_____	_____
Дохід пенсіонера, зокрема: пенсія, рента та/або виплати IRA	_____	_____
Дохід від дивідендів, цінних паперів, акцій, капіталу, іноземний дохід, дохід від трастів/інший інвестиційний дохід	_____	_____
Оподатковані племінні надходження	_____	_____
Дохід від діяльності тваринної або рибної ферми (чистий)	_____	_____
Інший оподаткований дохід	_____	_____

4. Відрахування домогосподарства

Щомісячна сума: Хто сплачує:

ВИПЛАЧЕНІ аліменти/підтримка подружжя	_____	_____
Внески/IRA або внески на пенсійний рахунок до оподаткування	_____	_____
Виплата відсотків по кредиту на навчання	_____	_____
Витрати на переїзди військовослужбовців	_____	_____
Витрати робітника освіти	_____	_____
Внески на медичний накопичувальний рахунок	_____	_____
Штраф за передчасне зняття коштів на строковому вкладі	_____	_____
Певні прийнятні витрати на підприємницьку діяльність	_____	_____

5. Статус податкової декларації

Яким цього року буде статус вашої податкової декларації?

Подає декларацію сам Одружені, що подають декларації окремо Одружені, що подають декларації разом
Особа, що є податковим утриманцем одного з членів домогосподарства
Особа, що є податковим утриманцем особи поза домогосподарством Не подає декларацію

Чи перебуваєте ви у законному шлюбі?

Так Ні

Якщо так, зазначте повне офіційне ім'я подружжя _____

Ім'я, друге ім'я, прізвище

Якщо ви заповнюєте податкову декларацію, скільки податкових утриманців ви вказуєте? _____

Якщо ви не заповнюєте податкову декларацію, скільки у вас дітей? _____

6. Нещодавня втрата роботи

Чи ви втратили або пішли з роботи в останні 90 днів?

Так Ні

Чи ваш чоловік/дружина втратили або пішли з роботи в останні 90 днів?

Так Ні

Якщо так, вкажіть назву компанії: _____

Якщо так, вкажіть назву компанії: _____

Дата звільнення: _____

Дата звільнення: _____

7. Расова приналежність/етнічне походження

Ми просимо вас на добровільних підставах вказати свої расову приналежність або етнічне походження.

Ця інформація не впливатиме на ваше право на отримання послуг.

Білий

Чорний чи афроамериканець

В'єтнамець/лаосець/камбоджисць

Латиноамериканець

Американський індіанець чи з корінних народів Аляски:

Інший представник народів Азії та Тихоокеанських островів

Інше: _____

Назва племені: _____

8. Уважно прочитайте, перш ніж підписати внизу

Я розумію, що:

- Управління з охорони здоров'я (HCA) може зажадати від мене підтвердження наведеної інформації. Управління HCA може допомогти мені в отриманні доказів чи зв'язатись для цього з іншими агенціями чи особами.
- Надану мною інформацію можуть переглядати представники інших штатів та федеральних агенцій.
- Потребуючи та отримуючи допомогу з компенсації витрат на медичну допомогу, я передаю штату Вашингтон всі права на будь-яку медичну допомогу і на будь-які виплати третій стороні стосовно медичної допомоги.
- Я розумію, що ця заява щодо послуг планування сім'ї стосується лише планування родини. Якщо мені буде потрібна інша допомога з компенсації витрат на медичну допомогу, я можу звернутись до програми Washington Healthplanfinder (wahealthplanfinder.org). Якщо мені потрібна фінансова допомога чи талони на харчування, я можу звернутись до відділення соціального забезпечення DSHS чи Washington Connection (washingtonconnection.org).
- Я мушу відповісти на будь-який запит додаткової інформації протягом 15 робочих днів, або мені буде відмовлено у послугах, на які я складав заяву та я можу понести відповідальність за всі витрати, зроблені моїм постачальником послуг з планування родини.

9. Уповноважений представник (AREP), якщо застосовно

Назва/організація _____

Телефон _____

Поштова адреса _____

Квартира № _____

Місто _____

Штат _____

Поштовий індекс _____

10. Заява та підпис

Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) інформацію у цій заяві. Я заявляю під страхом покарання за надання неправдивих свідчень, що інформація, яку я надав(-ла) у цій заяві, є правдивою, вірною та повною, наскільки мені це відомо.

Підпис заявника

Дата

Ви маєте відправити заповнену форму в орган охорони здоров'я будь-яким з наведених нижче способів:

- Поштою: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- Факсом: 1-866-841-2267
- Телефонном: 1-800-562-3022
- Адреса електронної пошти: apple@hca.wa.gov