THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
EXECUTIVE OFFICE OF LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT
DEPARTMENT OF UNEMPLOYMENT ASSISTANCE

ПРОГРАММА MEDICAL SECURITY PROGRAM

Преимущества медицинского страхования для получателей пособия по безработице

Заявление на получение медицинского страхового покрытия

В комплекте документов Программы Medical Security (MSP) вы найдете бланк заявления, брошюру и конверт с обратным адресом. В брошюре изложены все критерии участия в Программе и преимущества медицинского страхования в рамках Плана **Premium Assistance** по сравнению с планом **Direct Coverage**.

В зависимости от Ваших личных обстоятельств, Вы можете выбрать Premium Assistance Plan или Direct Coverage Plan. Информация, предоставленная Вами ниже на бланке заявления будет использована для принятии решения о Вашем праве на страховое медицинское покрытие по Программе Medical Security в рамках плана Premium Assistance Plan или Direct Coverage Plan.

Чтобы подать заявление, нужно:

1. **Внимательно прочитать брошюру до того, как начнете заполнять бланк заявления.**
2. Заполнить все разделы на всех трех страницах бланка. Проверить правильность всех предоставленных сведений. **Если предоставленные сведения будут неполными и(или) неточными, то это может привести к задержкам в оформлении заявления и, соответственно, отсрочке вступления в силу медицинского страхового полиса.**
3. **Вернуть заполненный бланк заявления в приложенном конверте, или отправить его в Отдел обслуживания Программы по адресу: MSP Customer Service, P.O. Box 146758, Boston, MA 02114.**
4. Если у Вас возникли вопросы по заполнению бланка или Вам нужна помощь переводчика, звоните в Отдел обслуживания клиентов Программы MSP с понедельника по пятницу (с 8:30 утра до 4:30 дня по телефону 1-800-908-8801.

Если Вы участвуете в Medicaid или Medicare Part B,Вы не имеете прав на участие в Программе MSP.

If you have any questions about completing this form, or you need it interpreted, call the Medical Security Program customer service unit at 1-800-908-8801 Hours are Monday – Friday 8:30 a.m. to 4:30 p.m.

Если у Вас возникли вопросы в связи с заполнением этой формы или если Вам нужно перевести ее, звоните в отдел медицинского страхования (Medical Security Program или MSP) в отдел обслуживания клиентов по телефону 1-800-908-8801 Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:30 утра до 4:30 дня.

Si tiene alguna duda al llenar este formulario o necesita su interpretación al español, llame a la unidad de servicio al cliente del Programa de Seguridad Médico (Medical Security Program) al 1-800-908-8801 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

Se desidera ricevere ulteriori informazioni sul modo di completare questo modulo o se ha bisogno dei servizi di un interprete, si rivolga all'unità di servizio clienti del Programma di sicurezza sanitaria (Medical Security Program) all'1-800-908-8801 L'orario è dal lunedì al venerdì dalle 8:30 del mattino alle 4:30 del pomeriggio.

Em caso de dúvidas sobre o preenchimento deste formulário, ou se necessitar de explicações adicionais em português, contactar o Serviço de Assistência do Programa de Seguro de Saúde (Medical Security Program) através do telefone 1-800-908-8801 O horário é de segunda a sexta-feira, das 8:30 am às 4:30 pm.

ប្រើអ្នកមានសំណួរស្តីអំពីការបំពេញក្រដាសបំពេញនេះ ឬត្រូវការឲ្យគេបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកបំរើអតិថិជន នៃកម្មវិធីសន្តិសុខសង្គ្រោះពេទ្យ(Medical Security Program) តាមលេខ 1-800-908-8801 ។ ម៉ោងធ្វើការគឺពីថ្ងៃចន– សុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 ល្ងាច។

ຖ້າມີຂໍ້ສົງສັຍໃດ ໆ ກ່ຽວກັບການຕື່ມເຊັ່ງສອມນີ້, ຫລືຕ້ອງການ ຄຳແປ, ໃຫ້ໂທຫາໜ່ວຍບໍລິການລູກຄ້າຂອງໂຄງການປະກັນ ສຸຂະພາບທີ່ 1-800-908-8801 ເວລາ ເຮັດການຄົວັນຈັນຫາວັນສຸກ, 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 4:30 ໂມງແລງ.

Si ou gen nenpòt kesyon sou kijan pou ranpli fòmilè sila, oubyen si ou bezwen yon moun entèprete li ba ou, rele depatman sèvis kliyan pou Pwogram sekirite medikal la nan 1-800-908-8801 Lè ouvèti se lendi a vandredi ant 8:30 am a 4:30 pm.

Nếu có bất cứ thắc mắc nào về việc điền hay cần thông dịch mẫu này, xin gọi đơn vị Dịch Vụ Khách Hàng của Chương Trình An Sinh Y Tế theo số 1-800-908-8801 Giờ làm việc: Thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8:30 sáng đến 4:30 chiều.

如你對填寫這表格有任何問題, 或你需要把這表格翻譯。請聯絡醫療安全計劃的客戶服務組 (Medical Security Program), 電話 1-800-908-8801 。辦公時間為星期一至五, 由上午8:30至下午4:30。

Внимательно прочитайте брошюру перед тем, как начнете заполнять этот бланк.

Вносите информацию печатными буквами, четко и аккуратно

1. Информация о заявителе (заявитель – лицо, которое получает пособие по безработице):

☐Ms. Фамилия: _____ Имя: _____ Второй инициал: ____
☐Mr.
☐Mrs.

Номер карточки социального обеспечения: _____-_____-_____ Дата рождения: _____/_____/_____
месяц день год

Почтовый адрес: _____

Город: _____ Штат:MA Почтовый индекс: _____ Телефон: _____

Отметьте все, что применимо к Вам:

a) Пол: ☐ Ж ☐ М b) Беременность:* ☐ Да ☐ Нет

c) Семейное положение: ☐ Холост ☐ Женат/замужем ☐ Разведен (а) ☐ Раздельно проживаю d) Инвалидность:** ☐ Да ☐ Нет

e) Страхование по полису супруга: ☐ Да ☐ Нет Если нет, объясните ниже или приложите письменное объяснение.

_____

_____

f) Участвуете ли Вы в: ☐ Medicare Part A ☐ Medicare Part B ☐ Medicaid ☐ MassHealth ☐ Commonwealth Care

Если Вы участвуете в Medicaid или Medicare Part B, Вы не имеете прав на участие в Программе MSP.

2. Выбор плана/страхового покрытия

Программа MSP предоставляет два плана: **Premium Assistance** и **Direct Coverage**. В брошюре MSP приводится описание этих двух планов и критерии участия в каждом из них. Оба плана предоставляют индивидуальное и семейное страховое покрытие.

A) На участие в каком плане Вы подаете данное заявление? (Вы должны выбрать один из двух планов)

☐ **Premium Assistance:** Программа MSP частично возмещает Вам страховую премию за Ваш план COBRA или оплату страховой премии самостоятельно приобретенного плана (смотрите брошюру).
Необходимо приложить письмо Вашего бывшего работодателя с указанием названия плана COBRA, даты начала действия медицинского страхового покрытия в рамках этого плана и суммы страховой премии.
Если у Вас имеется купленный самостоятельно полис медицинского страхования, приложите копию счета, в котором указана сумма Вашей ежемесячной страховой премии.

☐ **Direct Coverage:** если у Вас раньше не было страхового полиса, или не было выбора продления страхового медицинского покрытия.

☐ **Direct Coverage с оговоркой о затруднительных обстоятельства (Hardship Waiver)**: для лиц, которые не могут продолжать платить за участие в плане COBRA даже при условии получения субсидии из Программы MSP.
Если доход Вашей семьи превышает установленную сумму, приложите следующую информацию:
• Уведомление Вашего бывшего работодателя о продлении страхового медицинского покрытия в рамках плана COBRA (COBRA letter).
• Программа MSP вынесет определение в отношении оплаты с учетом размера семьи.

Ваша просьба об участии в плане Direct Coverage с оговоркой о затруднительных обстоятельства (Hardship Waiver) не может быть рассмотрена без этой информации.

Если Ваши обстоятельства соответствуют критериям применения оговорки (Hardship Waiver), то Вам будет предоставлено страховое покрытие в рамка плана Direct Coverage Plan. Если нет, и Вы отвечаете критериям, то Вам будет предоставлено страховое покрытие в рамках плана Premium Assistance. Решение будет сообщено Вам в письменном виде.

B) Какое страховое покрытие Вам нужно? (вы должны выбрать одно) ☐ Семейное ☐ Индивидуальное
C) Было ли у Вас страховое покрытие за счет бывшего работодателя? ☐ Да ☐ Нет Если нет, переходите к вопросу № 3.
D) Есть ли у Вас выбор продлить участие в плане медицинского страхования, предоставляемого Вашим бывшим работодателем? ☐ Да ☐ Нет Дата вступления в силу плана COBRA _____/_____/_____
месяц день год

Если у Вас нет выбора продлить участие в предоставляемом бывшим работодателем плане, объясните _____
E) Вы обязаны сами платить 100% (полностью) ежемесячную страховую премию плана COBRA? ☐ Да ☐ Нет
F) Название плана медицинского страхования _____ ☐ Семейный ☐☐Индивидуальный
G) Сумма ежемесячной страховой премии $ _____

* Требуется приложить подтверждение: копию письма от врача на его/ее бланке (для определения суммы страховой премии).
** Требуется приложить подтверждение: копию решения Управления социального обеспечения США или Комиссии штата Массачусетс по реабилитации или копию письма от врача на его/ее бланке

3. Информация о семье заявителя. Здесь следует предоставить информацию о Вашем муже (жене) и детях (покрытие детей вплоть до их 26-го дня рождения, для детей инвалидов возраст не ограничивается). Заполните графу на каждого иждивенца и, если требуется, приложите подтверждение статуса студента-очника для обучающихся за пределами штата, беременности* и инвалидности** к данному заявлению.

	Полное имя (Фамилия, имя, второй инициал)	**Номер карточки соцобеспечения**	**Дата рождения** (месяц/ день/год)	**Пол**	**Беременность**	**Инвалидность**	**Резидент штата МА?**	**Имеет ли другое страховое медицинское покрытие? Если да, укажите название плана**
Муж/ Жена				☐М☐Ж	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет
Дети				☐М☐Ж	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет
				☐М☐Ж	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет
				☐М☐Ж	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет
				☐М☐Ж	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет
				☐М☐Ж	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет
				☐М☐Ж	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет	☐Да ☐Нет

Если Вы в разводе или проживаете раздельно, но должны обеспечить страхование мужа (жены), приложите копию свидетельства о разводе или соглашения о раздельном проживании.

4. Информация о работодателе заявителя. Здесь следует предоставить информацию обо *всех* ваших работодателях за последние шесть месяцев..Заполните все графы для подтверждения информации:

Название (имя) работодателя	**Адрес работодателя**	**Номер телефона**

5. Информация о доходе мужа (жены). Здесь следует предоставить информацию обо всех работодателях Вашего мужа (жены) за последние шесть месяцев. Приложите перечисленные ниже подтверждения:

a) Копию четырех последних корешков чеков на зарплату от каждого работодателя, или оригинал (копии не принимаются) подписанного каждым работодателем письма, в котором работодатель подтверждает зарплату мужа (жены).

b) Укажите, если Ваш муж (жена) получает пособие по безработице.

c) **Если Ваш муж (жена) не работали последние шесть месяцев, приложите <u>подписанное им (ею) письмо</u> о том, что они не работали.**

d) **Если Ваш муж (жена) занимается индивидуальной деятельностью (работает на себя), приложите его (ее) налоговую декларацию, только разделы Schedule C или Profit and Loss.**

Название (имя) работодателя	**Адрес работодателя**	**Номер телефона**

6. Страховое покрытие мужа (жены)

a) Название плана медицинского страхования: _____ b) Дата вступления в силу: ____/____/_____
месяц день год

c) Сумма ежемесячной страховой премии мужа (жены): $ _____

d) Сумма ежемесячной страховой премии для страхового покрытия заявителя: $ _____

Следует приложить письмо на бланке компании для подтверждения этой информации.

* Требуется приложить подтверждение: копию письма от врача на его/ее бланке (для определения суммы страховой премии).

** Требуется приложить подтверждение: копию решения Управления социального обеспечения США или Комиссии штата Массачусетс по реабилитации или копию письма от врача на его/ее бланке

7.«Другой» доход, кроме зарплаты от работодателя или пособия по безработице (Заявитель и муж (жена). Здесь следует предоставить информацию о любых значимых суммах дохода (в дополнение к предоставленной выше информации о доходе). «Другой» доход включает в себя, без ограничения перечисленным, алименты на ребенка (детей), выходное пособие, оплата больничных дней и отпуска, пособие SSI, доход от сдачи в аренду, компенсация за причиненную травму на работе, алименты, дивиденды и распределение процентного дохода и т.п.

Источник дохода	Сумма за последние 6 месяцев	Ожидаемая сумма в следующие 6 месяцев

8. ВАЖНО! Подпись, подтверждающая разрешение и наделяющая полномочиями. Я наделяю полномочиями и даю разрешение всем предоставляющим мне медицинские услуги провайдерам, другим планам медицинского страхования и моему бывшему работодателю раскрывать сведения из моей учетной информации Департаменту социального страхования по безработице (Department of Unemployment Assistance) и сети организаций здравоохранения (Network Health), представляющую Департамент, чтобы

- информировать провайдеров медицинских услуг, к которым я обращаюсь за медицинской помощью, о том, что я имею право на участие в данной программе.
- раскрывать сведения из моей медицинской документации и запрашивать информацию у третьих сторон для того, чтобы получать подтверждения и принимать решение в отношении моего соответствия критериям данной программы.
- раскрывать сведения из моей медицинской документации другим государственным учреждениям в соответствии с требованиями действующего законодательства, правилами и (или) межведомственными соглашениями с целью упрощения и документирования услуг Программы MSP, льгот и стоимости их предоставления, так как это направлено на соблюдение этических принципов Программы Medical Security и усовершенствование процесса перехода из Программы MSP в другие планы медицинского страхования.
- периодически проверять, являюсь (являлись) я или мои иждивенцы участниками другого плана медицинского страхования, включая федеральную программу Medicare, так как это может повлиять на участие или продолжение участия в данной программе. Если я или мои иждивенцы являемся (являлись) участниками другой программы, включая Medicare, то меня могут признать ответственным за оплату полученных нами услуг.

Обращаясь за участием в плане Direct Coverage, Я ПЕРЕДАЮ Департаменту ПРАВА на оплату медицинских услуг, предоставляемых мне любыми третьими страховщиками в пределах сумм, которые Департамент уже оплатил или обязан оплатить за предоставленные мне и (или) моим иждивенцам медицинские услуги.

Настоящим я подтверждаю, что мною прочитаны все четыре страницы настоящего заявления, и я приложил (-а) максимум усилий для получения требуемой информации и ее правдивого предоставления в заявлении. Я подтверждаю, что все предоставленные мною сведения в настоящем заявлении являются правдивыми и полными в меру моих знаний и убеждений. Я понимаю, что Департамент полагается на предоставленную мною в настоящем заявлении информацию при принятии решения о моем соответствии критериям Программы MSP и получения соответствующих льгот.

Я понимаю, что несу уголовную или гражданскую ответственность за сознательное искажение предоставленной в этом бланке заявления информации в соответствии с законодательством Штата Массачусетс.

Подпись заявителя: _____ Дата: ____/____/_____

Фамилия и имя печатными буквами: _____

Если Вы состоите в браке и подаете заявление на семейное страховое покрытие, то это заявление должно быть подписано и Вами, и Вашим мужем (женой).

Подпись мужа (жены): _____ Дата: _____/_____/_____

Фамилия и имя печатными буквами: _____

ПИСЬМО В ПРИЛОЖЕННОМ КОНВЕРТЕ ОТПРАВЬТЕ ПО АДРЕСУ:

MEDICAL SECURITY PROGRAM

P.O. BOX 146758, BOSTON, MA 02114-0020

Для получения дополнительной информации о Программе Medical Security посетите вебсайт по адресу: www.mass.gov/dua/msp

Программу Medical Security проводит Департамент социального страхования по безработице