

## ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

## УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ (OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

www.opwdd.ny.gov

ОТВЕТ НА:

ДАТА:

ИМЯ, ФАМИЛИЯ:

НОМЕР TABS:

Уважаемый(-ая) !

Указанное выше лицо будет получать наши услуги по уходу. Просим вас предоставить нам информацию, которая позволит нам определить или оценить правомочность данного лица на участие в различных программах федеральных льгот или льгот штата (социальное страхование, Medicaid и проч.) и определить источники оплаты предоставляемых услуг (страховка, личные возможности участника и проч.).

Участники, имеющие право на получение услуг OPWDD и желающие получать услуги, финансируемые Medicaid, должны подать заявление на регистрацию в Medicaid и на получение всех льгот, на которые они, возможно, имеют право. Кроме того, участники, которые хотят получать услуги OPWDD, финансируемые через альтернативную программу оказания услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services Waiver, HCBS Waiver), должны соответствовать критериям участия в программе HCBS Waiver.

Просим вас заполнить данную форму в соответствии с имеющимися у вас сведениями и выслать ее в течение двух недель. Все поля должны быть заполнены; при необходимости пишите НЕТ, ОТСУТСТВУЕТ, НЕИЗВЕСТНО или НЕ ПРИМЕНИМО (НП). Если для ответа на вопрос вам потребуется дополнительное место, приложите к форме лист бумаги с дополнительной информацией. **Просим приложить к форме копию свидетельства о рождении, карту социального обеспечения, паспорт, разрешение на вступление в брак или решение суда о расторжении брака, если применимо, а также копии документов, подтверждающих сумму дохода, наличие активов и страховки, указанных в данной форме.** Если вы пришлете оригинал, мы снимем копию, а оригинал документа вернем вам.

Мы подадим заявление на регистрацию в программе Medicaid, если данное лицо соответствует критериям участия. Для сведения: мы прилагаем уведомление с ОБЪЯСНЕНИЕМ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРЕВОДА АКТИВОВ С ЦЕЛЬЮ ПОЛУЧЕНИЯ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Раздел 43.05 закона о психогигиене требует от любого лица или организации, владеющей информацией об участнике, получающем услуги от OPWDD, предоставления данной информации по требованию. Любая полученная об участнике информация подлежит проверке через соответствующие программы, услуги которых предоставляют федеральные агентства и агентства штата, например служба социального обеспечения.

Если вам потребуется помощь или возникнут какие-либо вопросы, позвоните мне по указанному выше номеру телефона. Благодарю вас за сотрудничество.

СПЕЦИАЛИСТ ПО РЕСУРСАМ И СТРАХОВОМУ ВОЗМЕЩЕНИЮ

<b>A. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ УЧАСТНИКА</b>		
Полное имя, полученное при рождении	Дата рождения	Номер соц. обеспечения
Место рождения (город, штат) (Приложите копию свидетельства о рождении участника.)		Ветеран США? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Семейное положение	Имя, фамилия супруга/супруги	Дата и место заключения брака/развода
Гражданство США <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если НЕТ, укажите номер регистрации иностранца, дату въезда и место въезда. Приложите двустороннюю копию карты регистрации иностранца и других документов, подтверждающих законность проживания в стране.		
У участника есть назначенный судом опекун, альтернативный или резервный опекун, доверительный управляющий или попечитель? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, укажите имя, фамилию и адрес. Приложите копии официальных документов.		

<b>B. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ УЧАСТНИКА</b>			
Участник когда-либо работал или получал заработную плату (включая заработную плату в рамках программ обучения)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, участник работает в настоящее время? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, предоставьте данные о текущем работодателе (работодателях) и о других работодателях, на которых участник работал в течение последних трех месяцев.			
Работодатель (работодатели)	Адрес		
Участник получает доход из какого-либо источника? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, предоставьте следующую информацию.			
Источник дохода	Кто является получателем платежа?	Номер требования	Ежемесячная сумма
СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ			\$
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДОХОД ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ (SSI)			\$
ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА			\$
ПОСОБИЕ ВЕТЕРАНУ			\$
ПОСОБИЕ НА РЕБЕНКА (приложите копии судебных предписаний)			\$
ДРУГОЕ, включая пособие по линии гражданской службы, страхование от безработицы, доход от трастового фонда, выплаты по решению суда, выплата компенсации пострадавшим от прививок, пособие по усыновлению, дивиденды. Укажите, что именно:			\$

<b>C. ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ УЧАСТНИКА</b>
В течение последних 60 месяцев участник продавал, дарил или передавал наличные средства, недвижимость или другие активы? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, приложите лист с подробной информацией, включая описание типа активов, стоимость, лицо, которому активы были проданы/подарены/переданы, дату транзакции и сумму проданных активов.

**C. ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ УЧАСТНИКА (продолжение)**

Разместил ли участник какие-либо активы в трастовом фонде или производились ли какие-либо выплаты из трастового фонда, открытого на имя участника?

ДА  НЕТ

Если ДА, приложите копию трастового документа или лист с описанием трастового фонда, включая источник денег, имя, фамилию поверенного, место размещения трастового фонда, номер счета и стоимость активов трастового фонда.

У участника есть банковский счет (счета) (сберегательный счет, расчетный счет и т. д.) или счет (счета) кредитного союза?  ДА  НЕТ

Если ДА, предоставьте следующую информацию: (при необходимости приложите лист бумаги)

Тип счета (сберегательный, расчетный, иной)	Счет 1	Счет 2
Название и адрес банка		
Номер счета		
Наименование счета		
Имя, фамилия лица, получающего выписки со счета или являющегося владельцем банковской книжки		

Участник имеет депозитный сертификат, аннуитет, счет 401(k) или другой пенсионный счет?

ДА  НЕТ Если ДА, приложите лист с подробной информацией.

Участник располагает наличными средствами?

ДА  НЕТ Если ДА, укажите сумму:  
\$

У участника есть акции, облигации или другие ценные бумаги?

ДА  НЕТ Если ДА, приложите лист с подробной информацией.

У участника есть прибыль от недвижимости?

ДА  НЕТ Если ДА, приложите лист с подробной информацией.

У участника есть похоронный фонд?

ДА  НЕТ Если ДА, приложите лист с подробной информацией.

У участника есть иные активы?

ДА  НЕТ Если ДА, приложите лист с подробной информацией.

Участник заключал договор на погребение, у него есть похоронный фонд, участок для погребения или иные предметы, связанные с погребением?

ДА  НЕТ Если ДА, укажите ниже и приложите копию всех договоров.

**D. БУДУЩИЕ ДОХОДЫ ИЛИ АКТИВЫ УЧАСТНИКА**

У участника есть процентный доход, возможный процентный доход или возможность получения любого дохода из указанного ниже?

Если вы ответите ДА на один из пунктов, уточните ниже и при необходимости приложите лист с подробной информацией.

ТРАСТОВЫЙ ФОНД	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	УДОВЛЕТВОРЕНИЕ СУДЕБНОГО ИСКА	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
НАСЛЕДСТВО	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ДРУГОЕ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

**Е. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ УЧАСТНИКА**Участник оформил полис страхования жизни?  ДА  НЕТ Если ДА, предоставьте следующую информацию:

Название и адрес страховой компании

Номер полиса

Номинальная стоимость  
\$

Имя, фамилия и адрес владельца полиса

**Ф. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ УЧАСТНИКА**Участник имеет страховку Medicare?  ДА  НЕТДата начала  
действия

Номер требования

Часть А: больничное страхование  ДА   
НЕТЧасть В: медицинское страхование  ДА   
НЕТЧасть D: план лекарственного обеспечения  
 ДА   
НЕТПлан Medicare Advantage  ДА   
НЕТЕсли ДА, предоставьте информацию о  
плане в отведенном для этого месте

Название плана Medicare Advantage, адрес и номер телефона

У участника имеется медицинская страховка?  ДА  НЕТ Если ДА, приложите копию свидетельства о  
страховании, полиса, брошюры или карты (переднюю и заднюю страницы) и предоставьте следующую информацию.

Название и адрес страховой компании

Номер полиса

Номер группы

Другие идентификаторы

Дата начала действия страхового  
покрытия

Имя, фамилия подписчика

Если медицинское страхование осуществляется через групповой план, укажите название и адрес группы/работодателя

**Г. ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЯХ И СУПРУГЕ УЧАСТНИКА**

ОТЕЦ

МАТЬ

СУПРУГ/СУПРУГА

Полное имя, данное при рождении/  
девичья фамилия

Дата рождения

Место рождения (город, штат)

Номер социального обеспечения

Гражданство США

 ДА  НЕТ ДА  НЕТ ДА  НЕТ

Ветеран США

Если ДА, укажите:

 ДА  НЕТ ДА  НЕТ ДА  НЕТ

Порядковый номер

Номер требования

Получает пособие по инвалидности/

 ДА  НЕТ ДА  НЕТ ДА  НЕТ

пенсию			
Дата установления инвалидности/ выхода на пенсию			
Дата и место смерти (если применимо)			

**Н. ФИНАНСОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ УЧАСТНИКА**

Существуют ли другие лица, которые могут предоставить финансовую информацию об участнике?  ДА  НЕТ  
Если ДА, укажите данные ниже или приложите лист с подробной информацией.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ	АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА	КЕМ ПРИХОДИТСЯ

**По имеющимся у меня сведениям представленная информация является верной.**

Подпись	Дата
Кем вы приходитеесь участнику	Телефон