

АНКЕТА ПРЕТЕНДЕНТА НА СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ

А. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ			
Полное имя при рождении	Дата рождения	Номер по системе социального страхования	
Место рождения (город, штат) (приложить копию свидетельства о рождении)		Ветеран вооруженных сил США? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
Семейное положение	Супруг/супруга	Дата и место рождения/развода	
Гражданство США <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если НЕТ, укажите регистрационный номер иностранца, присвоенный заявителю, дату и пункт въезда на территорию страны. Приложите копию обеих сторон регистрационной карты иностранца или вида на постоянное проживание или же иного разрешения на законное проживание.			
Имеет ли лицо назначенного судом официального опекуна, временного или резервного опекуна или попечителя? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, приведите имя и адрес опекуна (приложите копии соответствующих официальных документов):			
Если заявитель младше 21 года, проживает ли он с родителями? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
Имеет ли лицо покрытие Medicaid? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА: Укажите идентификационный номер клиента (CIN): _____ Дата утверждения: _____ Если НЕТ: Подано ли заявление об участии в программе Medicaid? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, приведите следующую информацию: Дата заявления: _____ Дата отклонения заявления: _____ Причина отклонения заявления: _____			
Зарегистрирован ли заявитель в Альтернативной программе обслуживания на дому и по месту жительства (HCBS)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Дата регистрации: _____ Если НЕТ: Подано ли заявление об участии заявителя в альтернативной программе HCBS? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Дата заявления: _____ Дата отклонения заявления: _____ Причина отклонения заявления: _____			
Какое обслуживание получает лицо? <i>Укажите все виды обслуживания, предоставляемые вашей организацией и любыми другими организациями:</i>			
Б. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ ЛИЦА			
Получает ли лицо доход из любого источника? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, заполните следующие пункты в отношении источников дохода, полученного лицом за последние 3 месяца:			
Источник дохода	Кто является получателем?	Номер требования	Ежемесячная сумма
СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ			\$
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ БАЗОВЫЙ ДОХОД (SSI)			\$
Прочая помощь			\$
			\$
Был ли заявитель трудоустроен ранее; получал ли заявитель заработную плату (в том числе заработную плату организатора тренингов)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, трудоустроен ли заявитель сейчас? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, приведите информацию о текущем(-их) работодателе(-ях), прочих работодателях, а также укажите суммы ежемесячной заработной платы за последние 3 месяца.			
Работодатель(-и)	Адрес		Валовая заработная плата

В. ИНФОРМАЦИЯ О РЕСУРСАХ ЗАЯВИТЕЛЯ

Дайте ответы на следующие вопросы только в том случае, если заявитель будет проживать в учреждении неотложной помощи (ICF):

Продавал, отдавал или переводил ли заявитель денежные средства, объекты недвижимого имущества и прочие ресурсы в течение последних 60 месяцев?

ДА НЕТ

Если ДА, приложите подробные данные с указанием типов активов, их стоимости, лиц, которым перешли активы вследствие передачи/продажи/перевода, дат операций, а также количества проданных активов.

Передавал ли заявитель любые активы в трастовый фонд или же получал ли заявитель любые отчисления из трастового фонда, организованного в пользу заявителя?

ДА НЕТ

Если ДА, приложите фотокопию документов об организации трастового фонда или же лист с данными трастового фонда, в частности с источника средств, именем/названием управляющего трастового фонда, указанием места размещения трастового фонда, номера счета трастового фонда, а также активов траста.

Есть ли у заявителя счет(а) в банке, счет(а) в кредитном союзе, депозитные сертификаты, застрахованная пенсия, пенсия по плану 401(к), прочие пенсионные счета, акции, облигации, прочие ценные бумаги, право в недвижимости?

ДА НЕТ

Если ДА, приложите копии (если необходимо, приложите листы для указания данных о дополнительных активах):

	Актив 1	Актив 2
Тип актива		
Лицо, получающее банковские выписки или ведущее учет		
Текущие активы		
Имеет ли заявитель похоронный накопительный фонд? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, приложите подробные данные.		
Есть ли у заявителя предварительный контракт на организацию похорон, оформлен ли похоронный трастовый фонд, выделен ли участок на кладбище или под захоронение? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, представьте подробные данные (приложите фотокопию контракта):		

Г. БУДУЩИЙ ДОХОД И РЕСУРСЫ ЗАЯВИТЕЛЯ

Есть ли у заявителя право, возможное право или ожидаемое право на реальное или ожидаемое наследство, поступления по распоряжению суда, трастовые фонды или прочие активы? ДА НЕТ

Если ДА, опишите ресурсы ниже (если необходимо, укажите подробности на отдельном листе).

Д. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ ЗАЯВИТЕЛЯ

Застрахована ли жизнь заявителя? ДА НЕТ Если ДА, укажите следующие данные:

Название и адрес страховой компании

Номер(а) полиса(-ов)

Номинальная стоимость
\$

Имя и адрес держателя полиса

Е. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЗАЯВИТЕЛЯ

Есть ли у заявителя покрытие MEDICARE? ДА НЕТ

Дата начала действия

Номер требования

Часть А – страховка на случай госпитализации
 ДА НЕТ

Часть В – медицинская страховка ДА НЕТ

Часть D – план покрытия рецептурных материалов
 ДА НЕТ

План Medicare Advantage Plan ДА НЕТ

Название, адрес и номер телефона плана Medicare Advantage Plan			
Имеет ли лицо другое медицинское страхование? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, приложите копию страхового сертификата, полиса, пособия или карты (спереди или сзади) и приведите запрашиваемую информацию в следующих пунктах:			
Название и адрес страховой компании			
Номер полиса	Номер группы	Прочие идентификаторы	
Дата начала действия страхового покрытия	Основной держатель		
Название и адрес группы/работодателя			
Ж. ИДЕНТИФИЦИРУЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЯХ И О СУПРУГЕ ЗАЯВИТЕЛЯ			
	ОТЕЦ	МАТЬ	СУПРУГ(А)
Полное имя при рождении/девичья фамилия			
Дата рождения			
Место рождения (город, штат)			
Номер по системе социального страхования			
Гражданство США	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Ветеран вооруженных сил США Если ДА, укажите следующее:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Порядковый номер			
Номер требования			
Получает пособие по инвалидности/пенсии	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Дата получения инвалидности/выхода на пенсию			
Дата и место смерти, если применимо			
3. ФИНАНСОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ			
Располагают ли другие лица финансовой информацией заявителя? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если ДА, приведите информацию ниже, или приложите подробный список:			
ИМЯ	АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА		КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ
И. ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ			
Подпись лица, заполнившего форму		Имя печатными буквами	
Кем приходится заявителю	Телефон	Дата	