

**QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME  
MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION  
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРОГРАММЫ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯМ УЧАСТНИКОВ  
MEDICARE (QMB), УЧАСТНИКОВ MEDICARE С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА (SLMB) И  
СООТВЕТСТВУЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯМ ЛИЦ (QI)**

Фамилия, имя		Номер Social Security		Номер Medicare		Дата		
Номер телефона ( )	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение <input type="checkbox"/> Женат (замужем) <input type="checkbox"/> В разводе <input type="checkbox"/> Раздельное проживание <input type="checkbox"/> Не женат (не замужем) <input type="checkbox"/> Вдовец (вдова)					
Адрес (номер дома, улица)			Город		Штат		Почтовый индекс	

Данная информация поможет Вам подать заявление на участие в Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (Программа для правомочных получателей льгот по программе Medicare), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (Программа для малоимущих получателей льгот по программе Medicare с соответствующим уровнем дохода) или Qualifying Individual (QI) (Программа для лиц, удовлетворяющих требованиям программы). Штат будет оплачивать страховые взносы Medicare Parts A и B, франшизы и доплаты для лиц, обладающих правом на участие в программе QMB. Штат будет оплачивать страховые взносы Medicare Part B для лиц, обладающих правом на участие в программах SLMB или QI. Вы можете подать заявление на участие в программе QMB, SLMB или QI, заполнив данную форму и отправив ее по почте в организацию социального обслуживания Вашего округа.

Чтобы получить право на участие в программе QMB, SLMB или QI, Вы должны:

- Иметь право на получение льгот по программе Medicare Part A (страхование больничных расходов).
- Иметь право на получение льгот по программе Medicare Part B (страхование медицинского обслуживания).
- Соответствовать следующим требованиям:
  - QMB:** Чистый учитываемый доход, равный 100% или ниже Federal Poverty Level (FPL) (равен или не превышает \$1,074\* для одиноких или \$1,452\* для пары).
  - SLMB:** Чистый учитываемый доход ниже 120% от FPL (не превышает \$1,288\* для одиноких или \$1,742\* для пары).
  - QI:** Чистый учитываемый доход ниже 135% от FPL (не превышает \$1,449\* для одиноких или \$1,960\* для пары).

\*Если с Вами живет ребенок, суммы могут быть выше. Предполагается, что указанные суммы будут ежегодно повышаться в Апреле месяце. Если в Январе Вы получили поправку на рост прожиточного минимума Title II Social Security, эта сумма не будет учитываться до Апреля.

- Владеть учитываемым имуществом общей стоимостью не более \$7,970 для одиноких или не более \$11,960 для пары.
- Отвечать определенным требованиям и условиям, например, постоянно проживать в штате California.

### ВАЖНО

Вы можете соответствовать требованиям других программ Medi-Cal, помимо программ QMB и SLMB, например, CalFresh и/или Medi-Cal со снижением стоимости после оплаты ежемесячной суммы затрат (доли стоимости). Вы также можете  Да  Нет

**ОТПРАВЬТЕ ПО ПОЧТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ В ВАШУ МЕСТНУЮ ОКРУЖНУЮ СЛУЖБУ  
ПО ВОПРОСАМ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.**

соответствовать требованиям Medi-Cal с ежемесячной долей стоимости, если Ваш доход **превышает** максимальный уровень дохода для программ QMB, SLMB и QI. Если Вы хотите подать заявление на эти другие программы, отметьте ответ «да», и округ отправит Вам другие формы для заполнения.

Хотите ли Вы подать заявку на трехмесячное ретроактивное страховое покрытие по программам SLMB и QI (для QMB ретроактивное страховое покрытие не предусмотрено)  Да  Нет

**Перечислите всех, кто живет в Вашем домовладении (супруг (-а)/дети).** Если с Вами проживают более трех человек, Вы можете указать их на отдельной странице.

Фамилия, имя	Номер Social Security	Пол Мужской, Женский	Дата рождения	Кем приходится

**A. УЧИТЫВАЕМЫЙ ДОХОД**

**COUNTY USE**

**1. Укажите ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ нетрудовой доход, получаемый заявителем на участие в программах QMB/SLMB/QI:**

- a. Чек Social Security \$ \_\_\_\_\_
- b. Льготы VA \$ \_\_\_\_\_
- c. Проценты по банковским вкладам или депозитным сертификатам \$ \_\_\_\_\_
- d. Пособие при выходе на пенсию \$ \_\_\_\_\_
- e. Другие нетрудовые доходы \$ \_\_\_\_\_
- f. Total **НЕТРУДОВОЙ ДОХОД** — сложить данные из пунктов a.–e. \$ \_\_\_\_\_

Applicant's unearned income (line f)  
\$ \_\_\_\_\_

Spouse's unearned income (line l)  
+ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Если Вы женаты (замужем) и проживаете вместе с СУПРУГОМ (-И), укажите ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ нетрудовой доход Вашего супруга (-и):**

- g. Чек Social Security \$ \_\_\_\_\_
- h. Льготы VA \$ \_\_\_\_\_
- i. Проценты по банковским вкладам или депозитным сертификатам \$ \_\_\_\_\_
- j. Другие нетрудовые доходы \$ \_\_\_\_\_
- k. Пособие при выходе на пенсию \$ \_\_\_\_\_
- l. Total **НЕТРУДОВОЙ ДОХОД СУПРУГА (-И)** — сложить данные из пунктов g.–k. \$ \_\_\_\_\_

Any Income deduction  
- \_\_\_\_\_

Net unearned income  
\_\_\_\_\_

Net earned income (line r)  
+ \_\_\_\_\_

**3. Укажите ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ трудовой доход, получаемый заявителем на участие в программах QMB/SLMB/QI и его (ее) супругой (-м):**

- m. Доход лица, желающего стать участником программ QMB, SLMB или QI до вычетов и налогов \$ \_\_\_\_\_
- n. Доход супруги (-а) до вычетов и налогов \$ \_\_\_\_\_

Total net income  
\_\_\_\_\_

- o. Total — сложить данные из пунктов m. и n.
- p. Вычесть \$65
- q. Остаток
- г. Разделить на 2

\$ \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_

**COUNTY USE**

MFBU size

Compare to QMB/SLMB/QI income limit.

If over income limit, is there a spouse and/or children in the home?

Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.

**4. Итого доход:**

Сложить данные из пунктов f., l., и г.

- s. Минус \$20 (удержания с дохода)

\$ \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_

**5. ИТОГО УЧИТЫВАЕМЫЙ ДОХОД**

\$ \_\_\_\_\_

**6. Лица, потенциально удовлетворяющие критериям для участия в программах QMB, SLMB или QI:**

- Возможно, у Вас есть право на участие в программе QMB, если Ваш доход составляет 100% FPL или меньше (равен или не превышает \$1,074\* для одиноких или \$1,452\* для пары).
- Возможно, у Вас есть право на участие в программе SLMB, если Ваш доход ниже 120% FPL (не превышает \$1,288\* для одиноких или \$1,742\* для пары).
- Возможно, у Вас есть право на участие в программе QI, если Ваш доход ниже 135% FPL (не превышает \$1,449\* для одиноких или \$1,960\* для пары).

\*Если с Вами живет ребенок, суммы могут быть выше.

**В. ИМУЩЕСТВО**

Потенциальные участники программ QMB, SLMB или QI, не состоящие в браке или проживающие отдельно от своих супругов, могут иметь учитываемое имущество на сумму не более \$7,970. Потенциальные участники программ QMB, SLMB или QI, состоящие в браке и проживающие со своими супругами, могут иметь учитываемое имущество на сумму не более \$11,960.

Ниже приведены примеры учитываемого имущества. **Важно:** Дом, в котором проживаете Вы и/или Ваш супруг (а), не учитывается. Один автомобиль, используемый в качестве личного транспорта, не учитывается. Если Вы подаете заявку в Вашу местную окружную службу по вопросам социального обеспечения как участник программ QMB, SLMB или QI, округ может рассматривать перечисленное в данной форме имущество иначе. Существуют и другие виды имущества, которые будет рассматривать окружная служба по вопросам социального обеспечения, а именно: депозитные сертификаты. Такое имущество может **учитываться** либо **не учитываться** при расчете стоимости имущества, определяющего право на участие.

Укажите стоимость следующего имущества, принадлежащего Вам, Вашему (-й) супругу (-е) или Вам обоим.

- 1. Чековые счета \$ \_\_\_\_\_
- 2. Сберегательные счета \$ \_\_\_\_\_
- 3. Депозитные сертификаты \$ \_\_\_\_\_
- 4. Ценные бумаги \$ \_\_\_\_\_
- 5. Облигации \$ \_\_\_\_\_
- 6. Вторая машина (стоимость минус сумма задолженности) \$ \_\_\_\_\_
- 7. Второй дом (стоимость минус сумма задолженности) \$ \_\_\_\_\_

**COUNTY USE**

8. Выкупная стоимость полисов страхования, \$ \_\_\_\_\_  
жизни если номинальная стоимость **всех** полисов в  
совокупности превышает \$1,500 (не включайте  
«срочные» страховые полисы)
9. Итого ИМУЩЕСТВО — сложить данные \*\*\$ \_\_\_\_\_  
пунктов 1–8

\*\*Итоговая сумма не должна превышать \$7,970 для одиноких или \$11,960 для пары.

**Дополнительная информация:** Возможно, у Вас есть право на получение **ретроактивного страхового покрытия** Ваших страховых взносов Medicare Part B по программам SLMB и QI сроком **до трех месяцев**.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Программа Medi-Cal должна взыскивать возмещение из наследственного имущества определенных умерших участников Medi-Cal за выполненные платежи, включая страховые взносы за управляемое медицинское обслуживание, в счет оплаты услуг медицинских учреждений для проживания с уходом, услуг на дому и в районе проживания, а также связанных с этим услуг больницы и лекарств по рецепту, которые были предоставлены умершему участнику программы Medi-Cal в день или после достижения участником возраста 55 лет. Если на момент смерти у умершего участника программы нет наследственного имущества или какого-либо имущества во владении, задолженность не будет учитываться. Для получения подробной информации Вы можете посетить сайт «Возмещение за счет наследственного имущества» по адресу <http://dhcs.ca.gov/er> или позвонить по номеру (916) 650-0590. В отношении лиц, являющихся участниками программ QMB/SLMB/QI (в сочетании с Medi-Cal или без), требование о возмещении расходов на страховые взносы, франшизы или доплаты программы Medicare за счет имущества не действует.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законами Соединенных Штатов Америки и State of California, что информация, указанная мной в данной форме, правдива и достоверна.	
Подпись (или отметка) заявителя ➤	Дата
<b>County Use</b>	
<input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-denied	
Eligibility Worker's signature ➤	Date

## ПОЛОЖЕНИЕ DHCS О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Настоящая форма предназначена для получения льгот от Department of Health Care Services (DHCS). Личные и медицинские данные, представленные Вами при ее заполнении, являются личными и конфиденциальными. DHCS использует их для установления Вашей личности и личности других указанных в форме лиц в целях управления нашими программами. Мы вправе раскрывать Вашу информацию федеральным, местным органам и органам штата, подрядчикам, представителям планов медицинского обслуживания и программ только для управления программами; кроме того, информация может предоставляться другим федеральным органам и органам штата в соответствии с требованиями закона.

Вам необходимо ответить на все предложенные в этой форме вопросы, за исключением вопросов с пометкой «\*не обязательно». Если в Вашей форме не окажется необходимой нам информации, мы свяжемся с Вами, чтобы получить ее. Если Вы не предоставите нам такую информацию, мы не сможем принять решение по Вашим льготам. Возможно, в этом случае Вам придется подать новое заявление, иначе Вам может быть отказано в обслуживании.

В большинстве случаев Вы вправе ознакомиться со своей личной информацией, содержащейся в записях федеральных органов и органов штата. При необходимости Вы можете ознакомиться с ней в альтернативном формате (например, напечатанной крупным шрифтом). За дополнительной информацией обращайтесь в DHCS Information Protection Unit по адресу:

P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA  
95899-7413  
Phone: 1-866-866-0602  
TTY: 1-877-735-2929

Указанные ниже законы штата наделяют нас правом собирать и хранить информацию: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. Мы обязаны предоставить Вам настоящий документ Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17.