

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION
ЗАЯВА КВАЛІФІКОВАНОГО БЕНЕФІЦІАРА ПОСЛУГ MEDICARE (QMB), БЕНЕФІЦІАРА ПОСЛУГ MEDICARE З ВИЗНАЧЕНИМ НИЗЬКИМ РІВНЕМ ДОХОДІВ (SLMB) ТА КВАЛІФІКОВАНОЇ ОСОБИ (QI)

Ім'я та прізвище		Номер Social Security		Номер Medicare		Дата	
Номер телефону ()		Дата народження		Стать <input type="checkbox"/> Чол <input type="checkbox"/> Жін		Сімейний стан <input type="checkbox"/> Розведений <input type="checkbox"/> Неодружений	
						<input type="checkbox"/> Одружений <input type="checkbox"/> Розлучений <input type="checkbox"/> Вдовий	
Адреса (вулиця, номер будинку)			Місто		Штат		Поштовий індекс

Метою цієї інформації є допомогти вам в подачі Заяви на отримання пільг у програмах Qualified Medicare Beneficiary (QMB) «Бенефіціар, який відповідає вимогам Медікейр», Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) «Бенефіціар з низьким доходом, який відповідає вимогам Медікейр» або Qualifying Individual (QI) «Бенефіціар, який відповідає вимогам». Штат буде сплачувати страхові внески в програмі Medicare Part A та B, вартість сум відрахування та сумісного страхування для осіб, які відповідають вимогам програми QMB. Штат буде сплачувати страхові внески в програмі Medicare Part B для осіб, які відповідають вимогам програми SLMB або QI. Ви можете подати заяву на отримання пільг у програмі QMB, SLMB або QI, заповнивши та надіславши цю форму до своєї місцевої агенції соціальних послуг.

Щоб мати право на участь в програмі QMB, SLMB або QI, ви маєте

- Відповідати вимогам участі у програмі Medicare Part A (страхування послуг у лікарні).
- Відповідати вимогам участі у програмі Medicare Part B (медичне страхування).
- Відповідати наступним вимогам участі з точки зору прибутку
 - QMB:** Мати офіційний чистий дохід, що дорівнює або не перевищує 100% Federal Poverty Level (FPL) (Федерального рівня бідності) (дорівнює або не перевищує \$1,153* для неодруженої особи або \$1,546* для одруженої пари).
 - SLMB:** Мати офіційний чистий дохід нижче за 120% від FPL (менш ніж \$1,380* для неодруженої особи або \$1,852* для одруженої пари).
 - QI:** Мати офіційний чистий дохід нижче за 135% від FPL (менш ніж \$1,550* для неодруженої особи або \$2,081* для одруженої пари)

*Якщо ви маєте дитину, яка мешкає з вами вдома, ці суми можуть бути вищими. Щороку в квітні очікується, що ці суми будуть підвищуватися. Якщо в січні ви отримали коригування суми вартості життя з Title II Social Security, ця сума не буде враховуватися до квітня.

- Мати не більше ніж \$130,000 власності, яка підлягає оподаткуванню для неодруженої особи або \$195,000 для одруженої пари.
- Відповідати певним вимогам та умовам, наприклад, мешкати у штаті California.

ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ

Ви можете мати право на участь в інших програмах Medi-Cal на додаток до програм QMB та SLMB, таких як CalFresh та/або Medi-Cal із щомісячним витрачанням (розподіл коштів). Ви також можете мати право на участь в Medi-Cal з щомісячним розподілом Так Ні

НАДІШЛІТЬ ЗАПОВНЕНУ ФОРМУ ДО СВОЄЇ МІСЦЕВОЇ АГЕНЦІЇ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ В ОКРУЗІ.

коштів, якщо ви **перевищуєте** обмеження доходів, визначене для програм QMB, SLMB або QI. Якщо ви бажаєте подати заявку на участь в цих інших програмах, поставте відмітку так та округ надішле вам інші форми для заповнення.

Ви бажаєте подати заявку на три місяці ретроактивного покриття в програмах SLMB Так Ні та QI (у програмі QMB ретроактивне покриття відсутнє).

Надайте перелік усіх осіб, які мешкають з вами (дружина/чоловік/діти). Якщо з вами мешкає більш ніж три особи, надайте інформацію про них на окремому аркуші.

Ім'я та прізвище	Номер Social Security	Стать Ч=чол. Ж=жін.	Дата народження	Відношення відносно вас

A. РОЗРАХОВАНИЙ ДОХІД

COUNTY USE

1. Надайте суму незаробленого ЩОМІСЯЦА доходу, який отримує заявник у програмі QMB/SLMB/QI:

- | | |
|---|----------|
| a. Чек від Social Security | \$ _____ |
| b. Пільги від VA | \$ _____ |
| c. Відсотки на банківських рахунках або за вкладом (-ами) | \$ _____ |
| d. Пенсія | \$ _____ |
| e. Інший незароблений дохід | \$ _____ |
| f. Total НЕЗАРОБЛЕНИЙ ДОХІД –додайте рядки а. - е. | \$ _____ |

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

Spouse's unearned income (line l)
+ _____

2. Якщо ви одружені та мешкаєте з вашим ЧОЛОВІКОМ чи ДРУЖИНОЮ, надайте суму незаробленого ЩОМІСЯЦА доходу, який отримує ваш чоловік чи дружина:

- | | |
|---|----------|
| g. Чек від Social Security | \$ _____ |
| h. Пільги від VA | \$ _____ |
| i. Відсотки на банківських рахунках або за вкладом (-ами) | \$ _____ |
| j. Інший незароблений дохід | \$ _____ |
| k. Пенсія | \$ _____ |
| l. Total НЕЗАРОБЛЕНИЙ ДОХІД ЧОЛОВІКА або ДРУЖИНИ –додайте рядки g. - k. | \$ _____ |

Any Income deduction
- _____

Net unearned income

Net earned income (line r)
+ _____

3. Надайте суму заробленого ЩОМІСЯЦА доходу, який отримує заявник у програмі QMB/SLMB/QI та чоловік або дружина заявника:

- | | |
|---|----------|
| m. Неоподатковані доходи особи – заявника у програму QMB, SLMB або QI | \$ _____ |
| n. Неоподатковані доходи чоловіка або дружини | \$ _____ |
| o. Total–додайте рядки m. - n. | \$ _____ |
| p. Відніміть \$65 | \$ _____ |
| q. Залишок | \$ _____ |
| r. Поділіть на 2 | \$ _____ |

Total net income

MFBU size

4. Загальний дохід:

Додайте рядки f., l. та g

\$ _____

s. Мінус \$20 (утримується незалежно від доходу)

\$ _____

5. ЗАГАЛЬНИЙ РОЗРАХОВАНИЙ ДОХІД

\$ _____

6. Особи, що потенційно можуть бути QMB, SLMB або QI:

- Ви потенційно можете мати право на участь у програмі QMB, якщо ваш дохід дорівнює або не перевищує 100% FPL (менш ніж \$1,153* для неодруженої особи або менш ніж \$1,546* для одруженої пари).
- Ви потенційно можете мати право на участь у програмі SLMB, якщо ваш дохід не перевищує 120% FPL (менш ніж \$1,380* для неодруженої особи або менш ніж \$1,852* для одруженої пари).
- Ви потенційно можете мати право на участь у програмі SLMB, якщо ваш дохід не перевищує 135% FPL (менш ніж \$1,550* для неодруженої особи або менш ніж \$2,081* для одруженої пари).

*Якщо ви маєте дитину, яка мешкає з вами вдома, ці суми можуть бути вищими.

COUNTY USE

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.

V. ВЛАСНІСТЬ

Особа, яка класифікується як QMB, SLMB або QI, що неодружена або не мешкає разом зі своїм чоловіком або дружиною, може мати власність, яка враховується та дорівнює або не перевищує \$130,000. Особа, яка класифікується як QMB, SLMB або QI, що одружена або мешкає разом зі своїм чоловіком або дружиною, може мати власність, яка враховується та дорівнює або не перевищує \$195,000.

Нижче наведені приклади майна, яке враховується. **Важливо:** житло, в якому мешкаєте ви та/або ваша дружина чи чоловік, не враховується. Один автомобіль, який використовується вами для поїздок **не** враховується. Якщо ви подаєте заявку до вашої місцевої агенції з питань соціальних послуг в категорії QMB, SLMB або QI, округ може розглядати ваше майно, яке ви включаєте до цієї форми, по-різному. Існують також інші види майна, які місцева агенція з питань соціальних послуг також розгляне, наприклад, депозитні сертифікати (чи сертифікат). Це інше майно **може** враховуватись відносно порогу власності або **може не** враховуватись.

Заповніть вартість наступної власності, яку маєте ви, ваш чоловік або дружина, або ви разом.

1. Особисті рахунки \$ _____
2. Ощадні рахунки \$ _____
3. Сертифікат(и) депозиту \$ _____
4. Акції \$ _____
5. Облігації \$ _____
6. Друга автівка (вартість мінус сума, яку ще маєте виплатити) \$ _____
7. Другий будинок (вартість мінус сума, яку ще маєте виплатити) \$ _____
8. Еквівалент готівкою страхових полісів життя, у разі коли номінальна вартість всіх полісів перевищує \$1500 (не включайте «фіксовані» страхові поліси) \$ _____

COUNTY USE

9. Загальна ВЛАСНІСТЬ – додайте рядки 1 - 8 **\$ _____

**Загальна сума не може перевищувати \$130,000 для неодруженої особи або менш ніж \$195,000 для одруженої пари.

Додаткова інформація: Ви можете мати право **на ретроактивне покриття строком до трьох місяців** ваших внесків Medicare Part B в програмах SLMB та QI.

ПРИМІТКА: Програма Medi-Cal має повернути виплату від майна деяких померлих учасників програми Medi-Cal, з метою покрити платежі, які включають страхові внески на керовані медичні послуги, послуги в спеціальних установах та службах догляду вдома та в громаді, а також лікарняні та медичні послуги, надані померлим учасникам віком 55 років чи старше. Якщо померлі учасники Medi-Cal не залишать маєтку або нічого не винні нам на час смерті, вони не будуть зобов'язані нічого сплачувати. Для отримання додаткової інформації ви можете відвідати веб-сайт з питань стягнення нащадкового майна за адресою <http://dhcs.ca.gov/er> або зателефонуйте на номер (916) 650-0590. Однак, особи, зараховані у програми QMB/SLMB/QI (разом з участю в Medi-Cal або без неї), не підлягають умовам повернення виплат за Medicare зі спадщини, а також сум, які утримуються чи сумісних сплат.

Я заявляю з повним розумінням всієї відповідальності, відповідно до законів Сполучених Штатів Америки та State of California, що надана мною інформація є чесною, правильною та повною.	
Підпис (або відмітка) заявника ➤	Дата
County Use	
<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

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ПОЛІТИКУ КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ DHCS

Ця форма призначена для отримання пільг від Department of Health Care Services (DHCS). Особиста та медична інформація, яку ви надаєте, є приватною та конфіденційною. DHCS потребує ідентифікувати вас, а також ідентифікувати інших людей, зазначених у цій формі, та адмініструє наші програми. Ми надамо вашу інформацію іншим державним, федеральним та місцевим агенціям, підрядникам, планами охорони здоров'я та програмам лише з метою управління програмами, та іншим державним та федеральним органам у випадках, передбачених законом.

Ви повинні відповісти на всі питання, що стосуються в цій формі, якщо вони не позначені як “необов'язкові”. Якщо у вашій формі відсутня інформація, яка нам потрібна, ми зв'яжемося з вами, щоб отримати її. Якщо ви не надасте її, ми не зможемо прийняти рішення щодо ваших пільг. Вам може знадобитися подати нову заяву або у пільгах може бути відмовлено.

У більшості випадків ви маєте право переглянути вашу особисту інформацію, яка є у федеральних та державних записах. Ви можете отримати доступ до неї в альтернативному форматі (наприклад, великим друком), якщо вам це потрібно. Щоб отримати додаткову інформацію, зверніться до DHCS Information Protection Unit за адресою:

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

Наступні закони штату надають нам право збирати та зберігати інформацію: CA Welfare and Institutions Code § 14011 та Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. Ми маємо надати вам цю Privacy Statement відповідно до CA Civil Code § 1798.17.