

# Приложение А

(Приложение к Заявлению на участие в программах Access NY Health Care D0H-4220)

## Настоящее Приложение заполняется всеми заявителями, которые:

- достигли возраста 65 лет;
- признаны слепыми или инвалидами (независимо от возраста);
- не имеют медицинского заключения об инвалидности, но страдают хроническим заболеванием;
- помещены в учреждение с уходом и подают заявление на страховое покрытие пребывания в нем. К этому относится также уход в больнице, приравниваемый к обслуживанию в учреждении с сестринским уходом.

Примечание. Если Вы подаете заявление на участие только в программе Medicare Savings Program (MSP), заполнять настоящее Приложение не требуется.

### УКАЗАНИЯ:

- Необходимо заполнить разделы А – Е настоящего Приложения и подписать его.
- Если Вы или кто-либо из членов Вашего домохозяйства подаете заявление на страховое покрытие пребывания в учреждении с сестринским уходом, Вам также необходимо заполнить разделы F – G.

## А. Информация о заявителе и его/ее супруге

### 1. Заявитель, в отношении которого заполняется настоящее Приложение:

Официальная фамилия	Официальное имя	Средний инициал	Семейное положение	Номер социального обеспечения	Дата рождения	Если заявитель скончался, указать дату смерти
					/ /	/ /
					/ /	/ /

### Указанное выше лицо:

- страдает хроническим заболеванием?  Да  Нет  
*(Примерами хронических заболеваний могут быть нетрудоспособность в течение не менее 12 месяцев в результате заболевания или травмы; наличие заболевания или нарушения функций организма, обусловившего потерю трудоспособности, которое длится или предположительно будет длиться 12 месяцев.)*
- признано слепым Комиссией по делам слепых и слабовидящих (Commission for the Blind and Visually Handicapped)?  Да  Нет  
**(Если да, пришлите подтверждение.)**
- желает подать заявление на участие в программе MBI-WPD, являясь при этом работающим инвалидом?  Да  Нет  
*Программа Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities (MBI-WPD) для работающих инвалидов обеспечивает страховое покрытие по программе Medicaid для работающих инвалидов в возрасте от 16 до 65 лет. Данная программа предусматривает более высокий уровень дохода, чем стандартная программа Medicaid, поэтому работающие инвалиды могут зарабатывать больше и сохранять льготы по программе Medicaid.*

Если заявитель проживает в учреждении с долгосрочным уходом/сестринским уходом, доме престарелых или пансионате с обслуживанием, укажите следующую информацию.

Фамилия заявителя, находящегося в учреждении	Название учреждения	Дата поступления / /	Телефон ( ) -
Улица и номер дома	Город	Штат	Почтовый индекс
Предыдущий адрес заявителя	Город	Штат	Почтовый индекс

Если указанный выше предыдущий адрес также относится к учреждению или дому престарелых, укажите ниже адрес, по которому заявитель проживал до поступления в него.

Второй предыдущий адрес заявителя	Город	Штат	Почтовый индекс
-----------------------------------	-------	------	-----------------

## 2. Супруг(-а) заявителя: (если не указан(-а) выше)

Официальная фамилия	Официальное имя	Средний инициал
Девичья фамилия или иное имя (фамилия), под которым известен(-на) супруг(-а)	Номер социального обеспечения	Дата рождения / /
Улица и номер дома (если супруг(-а) находится в учреждении, указать адрес до поступления)		
Город	Штат	Почтовый индекс

Проживает ли супруг(-а) заявителя в учреждении с долгосрочным уходом/сестринским уходом?  Да  Нет

Если да, укажите следующую информацию:

Название учреждения	Дата поступления / /	Телефон ( ) -	
Улица и номер дома	Город	Штат	Почтовый индекс

Скончался(-ась) ли супруг(-а) заявителя?  Да  Нет Если да, укажите дату смерти. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## В. На получение каких видов ухода и услуг Вы подаете заявление? (отметьте соответствующий пункт)

- Вы подаете заявление на страховое покрытие по программе Medicaid, но не на страховое покрытие услуг долгосрочного ухода по месту жительства.** Вы можете подтвердить объем имеющихся у Вас ресурсов. В настоящий момент Вы не обязаны представлять документы с информацией о Ваших ресурсах. Если компьютерная проверка выявит какие-либо расхождения с предоставленной Вами информацией, впоследствии Вам могут предложить представить подтверждение.

В данное страховое покрытие не включены услуги учреждений с сестринским уходом, обслуживание на дому или долгосрочное обслуживание по месту жительства, указанные ниже.\*

- Вы подаете заявление на страховое покрытие долгосрочного обслуживания по месту жительства.** Требуется документальное подтверждение объема ресурсов, **имеющихся у Вас в настоящее время.** Тем не менее, на данный момент Вам необходимо представить документацию только по определенным ресурсам. Перечень этих ресурсов приведен ниже в разделе «Необходимая документация».

Данное покрытие включает следующие услуги:\*

- дневной медицинский уход для престарелых;
- квалифицированный уход на дому в ограниченном объеме;
- услуги индивидуальных сиделок;
- услуги хосписа по месту жительства;
- проживание в хосписе;
- программа проживания с предоставлением частичного ухода;
- программа бытовой помощи в соответствии с индивидуальными потребностями пациента;
- обслуживание на дому сертифицированным патронажным агентством;
- услуги лечебного пансиона;
- услуги персональной системы вызова неотложной помощи;
- услуги персонального ухода;
- долгосрочное управляемое обслуживание по месту жительства;
- отказ от услуг и предоставление прочих услуг на основе программ обслуживания на дому и по месту жительства.

**Примечание. Примерами программ обслуживания на дому и по месту жительства, которые предусматривают отказ от услуг или предоставление прочих услуг, являются программа обслуживания лиц с травмами мозга и программа поддержки лиц, покидающих учреждения с сестринским уходом или не желающих в них находиться.**

- Вы находитесь в учреждении с сестринским уходом и подаете заявление на страховое покрытие пребывания в нем.** Требуется документальное подтверждение объема Ваших ресурсов за **последние 60 месяцев.** Тем не менее, на данный момент Вам необходимо представить документацию только по определенным ресурсам. Перечень этих ресурсов приведен ниже в разделе «Необходимая документация».

\*Вы можете соответствовать критериям получения услуг краткосрочной реабилитации. Услуги краткосрочной реабилитации предусматривают однократное пребывание в учреждении с сестринским уходом и/или получение услуг, предоставляемых на дому сертифицированным патронажным агентством, в течение до 29 дней подряд в любой 12-месячный период.

## НЕОБХОДИМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Если Вы подаете заявление на покрытие долгосрочного обслуживания по **месту жительства или пребывания в учреждении с сестринским уходом**, представьте документацию за весь указанный выше период по всем следующим ресурсам (в соответствующем случае):

- полис страхования жизни;
- ценные бумаги, акции, облигации и доли в паевых фондах;
- аннуитеты;
- договор о погребении или документ о наличии средств на погребение;
- трастовые документы и счета.

**В настоящий момент Вы не обязаны предоставлять подтверждение каких-либо других ресурсов.** Наличие других ресурсов можно проверить компьютерным способом. Если предоставленная Вами информация о ресурсах не соответствует нашим материалам или не может быть проверена на их основе, в будущем мы можем предложить Вам представить доказательства наличия этих других ресурсов.

## С. Ресурсы/имущество

### УКАЗАНИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ РАЗДЕЛОВ 1–8:

- Укажите все ресурсы, которыми владеете Вы и/или Ваш(-а) супруг(-а)/родитель(-и), включая попечительские счета.
- Отметьте «**НЕТ**», если у Вас и/или Вашего(-ей) супруга(-и)/родителя(-ей) нет соответствующих ресурсов.
- **При подаче заявления на страховое покрытие пребывания в учреждении с сестринским уходом** укажите также все счета, **ЗАКРЫТЫЕ** за **последние 60 месяцев**; кроме того, укажите остаток средств на них на момент закрытия и поясните, куда этот остаток был переведен или на что он был потрачен. На отдельном листе укажите сведения по каждой операции на сумму \$2000 и выше.  
Примечание. Администрация Medicaid оставляет за собой право проверить все операции, совершенные в течение периода, предшествовавшего переводу.

### 1. Чековые/сберегательные счета/счета в кредитных союзах/деPOSITные сертификаты (CD): НЕТ

Название банка	Номер счета	Фамилия владельца(-ев)	Текущий остаток на счете	Закрытые счета	
				Дата закрытия	Остаток на момент закрытия
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$

### 2. Пенсионные счета (счета с отсроченными выплатами, IRA и/или Keogh): НЕТ

Название учреждения	Номер счета	Фамилия владельца(-ев)	Выплата	Текущий остаток на счете	Закрытые счета	
					Дата закрытия	Остаток на момент закрытия
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	/ /	\$
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	/ /	\$
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	/ /	\$
			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	/ /	\$

### 3. Аннуитеты, акции, облигации, доли в паевых фондах: НЕТ

Название учреждения/ компании	Номер счета	Фамилия владельца(-ев)	Дата покупки	Текущая стоимость	Закрытые счета	
					Дата закрытия или продажи	Стоимость на момент закрытия
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$

**4. Полисы страхования жизни:**  **НЕТ**

Страховая компания	Номер страхового полиса	Фамилия владельца(-ев)	Текущая денежная стоимость	Текущая номинальная стоимость	Аннулированные полисы	
					Дата аннулирования	Выплачиваемая стоимость
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$

**5. Погребальные активы/погребальные контракты: (приложить копии):**  **НЕТ**

a. Имеете ли Вы и/или Ваш(-а) супруг(-а) предварительно оплаченный договор на погребение, оформленный на Вас или другого члена Вашей семьи?  Да  Нет

b. Имеете ли Вы и/или Ваш(-а) супруг(-а) место для погребения или участок на кладбище, предназначенные для Вас или другого члена Вашей семьи?  Да  Нет

c. Имеете ли Вы и/или Ваш(-а) супруг(-а) на банковском счете денежные средства, предназначенные на оплату стоимости погребения?  Да  Нет

Если **да**, то на каком счете(-ах) находятся принадлежащие Вам и/или Вашему(-ей) супругу(-е) денежные средства, которые предназначены для оплаты стоимости погребения?

Название банка и номер счета	Фамилия владельца(-ев)	Сумма
		\$
		\$
		\$

d. Есть ли у Вас полис страхования жизни, который подлежит использованию в качестве источника средств на погребение?  Да  Нет

Если **да**, укажите номер(-а) страхового полиса(-ов). \_\_\_\_\_

Если **да**, предусмотрено ли использование полной денежной стоимости для покрытия Ваших расходов на погребение?  Да  Нет

e. Есть ли у Вашего(-ей) супруга(-и) полис страхования жизни, который следует использовать в качестве источника средств для оплаты расходов на погребение?  Да  Нет

Если **да**, укажите номер(-а) страхового полиса(-ов)? \_\_\_\_\_

Если **да**, следует ли использовать полную денежную стоимость для покрытия расходов на погребение?  Да  Нет

**6. Трассовые счета: если Вы и/или Ваш(-а) супруг(-а) являетесь учредителем или бенефициаром траста, представьте копию документа об учреждении траста, включая перечень активов траста.**  **НЕТ**

Название траста	Учредитель траста	Доверенное лицо(-а)	Активы	Бенефициар	Доход
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

**7. Транспортные средства: укажите все легковые и грузовые автомобили и микроавтобусы. Укажите все транспортные средства для отдыха, включая жилые автофургоны, снегоходы, лодки и мотоциклы.**  **НЕТ**

Фамилия владельца(-ев)	Год/марка/модель	Справедливая рыночная цена	Сумма задолженности	В эксплуатации?	Дата продажи
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	/ /
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	/ /
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	/ /

## 8. Укажите любые прочие ресурсы:

Вид ресурсов	Фамилия владельца(-ев)	Стоимость
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

## D. Жилье

1. Владаете ли Вы или Ваш(-а) супруг(-а) на праве собственности или имеете ли Вы или Ваш(-а) супруг(-а) имущественное право на Ваше жилье, включая право на пожизненное владение недвижимым имуществом?  Да  Нет

2. Если Вы находитесь в медицинском учреждении и владеете жильем на праве собственности, намерены ли Вы вернуться домой?  Да  Нет

Если **нет**, проживает ли кто-либо в Вашем доме?  Да  Нет

Кто проживает в Вашем доме? \_\_\_\_\_

Кем данное лицо приходится Вам и/или Вашему(-ей) супругу(-е)? \_\_\_\_\_

Если у Вас дома проживает Ваш ребенок и/или ребенок Вашего(-ей) супруга(-и) (независимо от возраста ребенка), является ли он/она инвалидом?  Да  Нет

**Примечание.** Если существует юридическое ограничение, препятствующее осуществлению Вами продажи имущества, данное имущество не учитывается при определении Вашего соответствия критериям участия в программе Medicaid. **Представьте подтверждение такого юридического ограничения.**

3. Чистая стоимость жилья:

Если Вы являетесь собственником жилья, то какова его чистая стоимость? \$ \_\_\_\_\_

**Примечание.** Чистая стоимость представляет собой справедливую рыночную стоимость за вычетом непогашенных залогов, ипотечных ссуд и т. д.

## E. Недвижимость (кроме основного места проживания)

Владаете ли Вы и/или Ваш(-а) супруг(-а) на праве собственности другим недвижимым имуществом или имеете ли имущественное право на него? (Отметить все соответствующие пункты)  Да  Нет

Арендная недвижимость  Загородный дом  Таймшер  Пустующий участок  Прочее недвижимое имущество (в штате Нью-Йорк или за его пределами)

Если **да**, укажите следующую информацию:

Фамилия и адрес владельца(-ев)	Адрес объекта недвижимости	Форма собственности (отметить один пункт)	Чистая стоимость
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$

**ОСТАНОВИТЕСЬ НА ЭТОМ ПУНКТЕ**, за исключением ситуаций, когда Вы или кто-либо из членов Вашего домохозяйства находится в учреждении и подает заявление на страховое покрытие пребывания в учреждении с сестринским уходом. Раздел I данного документа **ДОЛЖЕН** быть подписан в любом случае.

## Ф. Передача активов

### 1. Передача прав собственности

- a. Осуществляли ли Вы, Ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от Вашего имени за последние 60 месяцев передачу, смену собственника или продажу, в т. ч. с уступкой в цене, каких-либо активов, включая Ваше жилье или иное недвижимое имущество?  Да  Нет
- b. Осуществляли ли Вы или Ваш(-а) супруг(-а) за последние 60 месяцев учреждение траста или передачу активов в траст или вывод активов из траста?  Да  Нет

**Если Вы ответили положительно на любой из приведенных выше вопросов, поясните передачу активов ниже. Приложите дополнительные листы, если это необходимо.**

Описание активов (включая доход)	Дата передачи	Кому передано	Сумма переданных активов
			\$
			\$
			\$
			\$

- c. Находитесь ли Вы в процессе продажи имущества?  Да  Нет

- d. Осуществляли ли Вы, Ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от Вашего имени за последние 60 месяцев внесение изменений в правоустанавливающий документ на недвижимое имущество или смену собственника недвижимого имущества, включая создание права на пожизненное владение недвижимым имуществом?

Если **да**, то когда? \_\_\_\_\_

- e. Если Вы приобрели право пожизненного владения недвижимым имуществом в отношении жилья другого лица, проживали ли Вы в нем не менее одного года после приобретения права пожизненного владения недвижимым имуществом?  Да  Нет

- f. Приобретали ли Вы, Ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от Вашего имени за последние 60 месяцев ипотечный сертификат участия, сертификат участия в кредите или простой вексель?  Да  Нет

Если **да**, то когда? \_\_\_\_\_

- g. Приобретали ли Вы, Ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от Вашего имени аннуитет за последние 60 месяцев?  Да  Нет

Если **да**, то когда? \_\_\_\_\_

2. Вносили ли Вы, Ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от Вашего имени задаток на счет какого-либо медицинского учреждения или учреждения пансионатного типа, например, учреждения с сестринским уходом, пансионата с обслуживанием, учреждения для пенсионеров с постоянным уходом  Да  Нет

**Если да, приложите копию договора.**

## Г. Налоговые декларации

- Подавали ли Вы и/или Ваш(-а) супруг(-а) за последние четыре года декларации об уплате подоходного налога в США?  Да  Нет

**Если да, представьте оформленные копии этих деклараций со всеми дополнениями и приложениями.**

## Н. Важная информация

### ■ Права удержания недвижимого имущества

После получения страхового покрытия по программе Medicaid в отношении Вашего недвижимого имущества может быть оформлено право залогового удержания или получения возмещения при определенных обстоятельствах, если Вы помещены в медицинское учреждение и, как предполагается, не вернетесь домой. Суммы страхового покрытия, выплаченного в Вашу пользу по программе Medicaid, могут быть взысканы с лиц, которые несли юридическую ответственность за оказание Вам помощи в период предоставления медицинских услуг. Кроме того, по программе Medicaid может быть взыскана стоимость услуг и ошибочно выплаченные взносы.

### ■ Передача активов

Согласно федеральному законодательству и законодательству штата, лицо может не соответствовать критериям получения обслуживания в учреждении с сестринским уходом в течение определенного периода в случае передачи этим лицом или его/ее супругом(-ой) какого-либо актива по стоимости ниже справедливой рыночной в течение соответствующего учетного периода. Учетный период составляет 60 месяцев, непосредственно предшествующих дате, в которую данное лицо находится в учреждении и подает заявление на участие в Medicaid.

### ■ Аннуитеты

В качестве условия страхования по программе Medicaid для оплаты услуг учреждения с сестринским уходом заявители обязаны представить сведения о любом праве данного лица или его/ее супруга(-и) на аннуитет. Раскрытие данной информации требуется независимо от того, является ли аннуитет безвозвратным или представляет собой учитываемый ресурс.

Помимо приобретения аннуитета, определенные операции, совершенные в отношении аннуитета заявителем или его/ее супругом(-ой) в течение учетного периода, могут рассматриваться как передача активов, кроме случаев, когда:

- штат указан первым в качестве бенефициара с выжидательным правом в отношении, по крайней мере, суммы, уплачиваемой по программе Medicaid от имени получателя аннуитета; или
- штат указан вторым после гражданского супруга(-и) или несовершеннолетнего ребенка или ребенка, являющегося инвалидом, или первым если такой супруг(-а) или представитель такого ребенка распорядится любой такой оставшейся частью активов по стоимости ниже справедливой рыночной.

Если не будут представлены документы, подтверждающие то, что штат указан в качестве бенефициара с выжидательным правом, Вы можете не соответствовать критериям получения страхового покрытия услуг учреждения с сестринским уходом.

Если аннуитет является учитываемым ресурсом на момент подачи заявления, Вы/Ваш(-а) супруг(-а) не обязаны указывать штат в качестве бенефициара с выжидательным правом.

## I. Заверение и разрешение

**Я подтверждаю, осознавая ответственность за представление заведомо ложных сведений, что сведения, указанные в настоящем документе, являются, насколько мне известно, достоверными и полными. Мне разъяснена обязанность сообщать обо всех изменениях данных сведений в течение 10 дней после изменения.**

**Если соответствие критериям участия зависит от суммы ресурсов, имеющихся у меня и моего(-й) супруга(-и), то подписывая настоящее заявление, мы разрешаем провести проверку наших ресурсов с участием финансовых учреждений с целью определения нашего соответствия критериям участия. Настоящий документ должен быть подписан обоими супругами. Действие настоящего разрешения прекращается, если мое заявление на участие в Medicaid будет отклонено, если я перестану соответствовать критериям участия в программе Medicaid или если я отзову настоящее разрешение, подав письменное заявление в Департамент социальных служб по месту жительства.**

X \_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

X \_\_\_\_\_  
ДАТА ПОДПИСАНИЯ

X \_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ СУПРУГА(-И) ЗАЯВИТЕЛЯ

X \_\_\_\_\_  
ДАТА ПОДПИСАНИЯ