

# Возобновление страхования ОНР – ЧАСТЬ 2

Если в вашей семье не было никаких изменений, таких, как изменение дохода, беременность или изменение адреса, вам не нужно заполнять эту форму.

Подробный перечень изменений см. в форме «Возобновление страхования ОНР – часть 1».

Вместе с этой формой вы получили «Руководство по возобновлению страхования ОНР». В руководстве приводится полезная информация о том, как следует отвечать на вопросы в каждом разделе. Это руководство можно найти также на сайте [www.OHP.oregon.gov](http://www.OHP.oregon.gov).

1. Укажите номер вашего дела (Case ID). Номер вашего дела указан в письме, которое вы получили вместе с этой формой.

№ дела:

Имя:

Фамилия:

Дата рождения:

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

2. Для того, чтобы ваша заявка могла быть обработана быстрее, пожалуйста, выберите ниже все применимые ответы.

**В вашей семье у кого-то наблюдаются:**

- беременность.
- потребность в срочной медицинской помощи.
- соответствие одному из следующих определений:
  - слепой или лицо с необратимым ограничением возможностей; ИЛИ
  - нуждается в помощи при выполнении повседневных бытовых функций (человек не может самостоятельно купаться, одеваться и т. п.); ИЛИ
  - проживает в медицинском учреждении либо в доме престарелых или в приюте, где предоставляется медицинский уход.
- соответствие одному из следующих определений:
  - американский индеец или коренной житель Аляски; ИЛИ
  - пользуется или имеет право пользоваться услугами Индейской службы здравоохранения, племенных клиник или городских индейских клиник; ИЛИ
  - происходит, в первом или втором поколении, от зарегистрированного члена признанного федеральным правительством племени, группы или пуэбло либо от акционера региональной корпорации или селения коренных жителей Аляски.

Вы можете получить текст этого документа на другом языке, набранный крупным шрифтом или шрифтом Брайля либо в предпочитаемом вами формате. Звоните нам по телефону 1-800-699-9075. Мы отвечаем на любые вызовы по линии трансляционной связи; кроме того, вы можете набирать номер 711.



ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ? Звоните нам по тел. 1-800-699-9075 (телетайп для слабослышащих - 711)  
(с 7.00 до 18.00, с понедельника по пятницу)

RU OHP 7310 (Rev 09/16)

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

## ЭТАП 1

Следующие вопросы относятся к любому новому лицу, вошедшему в состав вашей семьи, к любому лицу, исключенному из состава вашей семьи, или к любому лицу, входящему в состав вашей семьи в настоящее время и не пользующемуся льготами, но желающему начать пользоваться льготами. Если вы предоставляете информацию о нескольких членах вашей семьи, приготовьте копию раздела «Этап 1» в отношении каждого дополнительного лица.

1. Вошло ли в состав вашей семьи какое-либо новое лицо? Было ли исключено из состава вашей семьи какое-либо лицо? Запрашиваете ли вы льготы для кого-либо из членов вашей семьи, кто не пользуется льготами в настоящее время?

ДА — **предоставьте ниже информацию об этом лице.** Укажите имя и фамилию этого лица так, как они напечатаны на его карточке социального обеспечения, если она имеется.

НЕТ — **перейдите к этапу 2 (на стр. 6)**

Имя согласно документам \_\_\_\_\_ Инициал 2-го имени: \_\_\_\_\_

Фамилия согласно документам \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

2. Лицо, указанное в ответе на вопрос 1:

уже входит в состав моей семьи и желает подать заявку на предоставление льгот;

вошло в состав моей семьи (в том числе любое из лиц, указываемых вами в федеральной налоговой декларации); если это лицо вошло в состав вашей семьи, **перейдите к вопросу 3;**

больше не входит в состав моей семьи. Если это лицо больше не входит в состав вашей семьи, поясните, почему, после чего **перейдите к разделу «Этап 2» (на стр. 6)**. Не указывайте временно отсутствующих (в связи с обучением, военной службой, работой или госпитализацией) членов семьи, намеренных вернуться домой.

Причина:

переезд или необратимый выход из состава семьи (в связи с разводом или по другой причине)

смерть

тюремное заключение, с последующим возвращением в семью после освобождения:

Дата начала заключения: \_\_\_\_\_ Ожидаемая дата освобождения: \_\_\_\_\_

3. Если это лицо подает заявку на страхование ОНР, присвоен ли этому лицу номер в системе социального обеспечения (SSN)? Предоставление номера SSN не обязательно, если заявка на страхование не подается, но указание номера SSN может способствовать ускорению процесса рассмотрения заявки. Номер SSN обязательно указывать в отношении любого лица, подающего заявку на медицинское страхование или уже пользующегося таким страхованием. Если вам требуется помощь в получении номера SSN, см. дополнительные сведения в «Руководстве по возобновлению страхования ОНР».

не подает заявку на страхование

ДА — **укажите номер SSN этого лица:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

НЕТ — **поясните причину:**  подана заявка на получение номера SSN

новорожденный, еще не получивший номер SSN

отказывается получить номер SSN по религиозным причинам

не имеет права на получение номера SSN в связи с иммиграционным статусом

отказывается указать номер SSN ИЛИ не имеет номера SSN

не имеет номера SSN и может его получить только по уважительной причине, не связанной с трудоустройством

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

## ЭТАП 1

4. Пол:  Мужской  Женский

5. Степень родства с вами и с другими членами вашей семьи (например: «Тим — брат Джона», «Тим — сын Джина», и т. п.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. На каком языке следует: писать этому лицу? \_\_\_\_\_  
говорить с этим лицом? \_\_\_\_\_

7. Какова этническая или расовая принадлежность этого лица? (Отметьте все применимые ответы.) Отвечать на этот вопрос не обязательно, и отказ от ответа никак не повлияет на решение, относящееся к страхованию указанного лица.

**Если одновременно указываются несколько этнических или расовых принадлежностей, пожалуйста, обведите кружком тот ответ, который лучше всего соответствует основному этническому или расовому отождествлению этого лица.**

**Африканец, афроамериканец или чернокожий:**  афроамериканец  африканец  
 выходец с карибского острова  другой африканец, афроамериканец или чернокожий

**Американский индеец или коренной житель Аляски**  американский индеец  
 коренной житель Аляски  канадский инуит, метис или член «Первой нации»  
 выходец из Мексики, Центральной Америки или Южной Америки  
 другой американский индеец или коренной житель Аляски

**Азиат:**  китаец  вьетнамец  кореец  хмонг  лаосец  филиппинец  японец  
 выходец из Южной Азии  индеец  лицо другого азиатского происхождения

**Латиноамериканец:**  выходец из Мексики  выходец из Центральной Америки  
 выходец из Южной Америки  лицо другого латиноамериканского происхождения

**Представитель народа островов Тихого Океана:**  выходец с Гавайских островов  
 выходец с острова Гуам или Чаморро  выходец с островов Самоа  микронезиец  
 выходец с островов Тонга  представитель другого народа островов Тихого Океана

**Представитель европеоидной расы:**  выходец из Западной Европы  
 выходец из Восточной Европы  славянин  выходец с Ближнего Востока  
 выходец из Северной Африки  другой представитель европеоидной расы

**Прочее:**  Другое происхождение  Происхождение неизвестно  
 Отказывается отвечать

8. Беременна ли указанная женщина?  ДА — **заполните пункты a-b.**  НЕТ  
Укажите наиболее вероятную, по вашему мнению, дату родов, даже если беременная еще не была у врача.

a. Дата родов (месяц, год) \_\_\_\_\_

b. Сколько детей ожидается? Если неизвестно, не заполняйте эту графу \_\_\_\_\_

9. Закончилась ли беременность этого лица (родами или выкидышем) на протяжении последних трех месяцев?

ДА — **укажите дату последнего дня беременности (месяц, год)** \_\_\_\_\_

НЕТ

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ✓

## ЭТАП 1

10. Подает ли это лицо заявку на страхование ОНР? Заявка может быть подана даже в том случае, если это лицо уже пользуется другим медицинским страхованием.  ДА — перейдите к вопросу 11.  НО — перейдите к разделу «Этап 2» (на стр. 6).

11. Является ли это лицо американским индейцем или коренным жителем Аляски?  ДА  НЕТ

12. Пользуется ли это лицо или имеет ли это лицо право пользоваться услугами индейской службы здравоохранения, племенных клиник или городских индейских клиник, И (ИЛИ) происходит ли это лицо, в первом или втором поколении, от зарегистрированного члена признанного федеральным правительством племени, группы или пуэбло либо от акционера региональной корпорации или селения коренных жителей Аляски?  ДА  НЕТ

13. Является ли это лицо гражданином США?  ДА — перейдите к пункту 15.  НЕТ — перейдите к пункту 14.

14. Присвоен ли этому лицу правомочный иммиграционный статус? Эта информация используется исключительно с целью определения правомочности. Вместе с этой формой заявки вы получили «Руководство по возобновлению страхования ОНР». В этом руководстве содержатся полезные сведения о том, как следует отвечать на вопросы этого раздела. Это руководство можно найти также на сайте [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov).

ДА — заполните пункты a-f.  НЕТ — перейдите к вопросу 15.

a. Тип иммиграционного документа: \_\_\_\_\_

b. № документа: \_\_\_\_\_

c. Статус: \_\_\_\_\_

d. Дата присвоения статуса: \_\_\_\_\_

e. Проживает ли это лицо в США с 1996 года?  ДА  НЕТ

f. Является ли это лицо, его супруг или супруга либо родитель демобилизованным военным служащим или лицом, находящимся на действительной военной службе в США?  
 ДА  НЕТ

15. Проживает ли это лицо или намерено ли оно проживать в штате Орегон? Даже если это лицо находится в Орегоне в поисках работы или в связи с работой, отвечайте «да».  ДА  НЕТ

16. Сообщите, какую организацию координированного медицинского обслуживания (ССО) предпочитает это лицо. ССО — сеть обслуживающих медицинских учреждений, таких, как кабинеты врачей, стоматологов и консультантов, расположенные в том районе, где вы живете. Эти учреждения сотрудничают, обеспечивая ваше индивидуальное медицинское обслуживание.

Вы не обязаны выбирать такую организацию в настоящее время. Тем не менее, если вы выберете ССО в настоящее время, эта организация будет выбрана в зависимости от того, в каком районе проживает указанное лицо (за исключением тех случаев, когда лицо может пользоваться услугами племенных индейских организаций, перечисленных в «Руководстве по возобновлению страхования ОНР»). Дополнительные сведения о выборе программы медицинского обслуживания см. в «Руководстве по возобновлению страхования ОНР».

Первый выбор: \_\_\_\_\_

Второй выбор: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

## ЭТАП 1

17. Является ли указанное лицо основным опекуном каких-либо детей в возрасте до 19 лет, которые: 1) живут вместе с основным опекуном и 2) являются родственниками основного опекуна, но не собственными детьми основного опекуна? Пример: бабушка или дедушка, являющиеся основными опекунами внука или внучки.

ОДА — перечислите ниже имена и фамилии детей.

Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

ОНЕТ

18. Выставлены ли указанному лицу неоплаченные счета за медицинские услуги, предоставленные на протяжении последних 3 месяцев, ИЛИ пользовалось ли указанное лицо бесплатными медицинскими услугами в течение последних 3 месяцев?

ОДА — на протяжении каких месяцев? \_\_\_\_\_

ОНЕТ

19. Находится ли указанное лицо в настоящее время в тюремном заключении ИЛИ было ли оно освобождено на протяжении последних 3 месяцев?

ОДА — заполните пункты а-в. О НЕТ.

а. Дата (месяц, день, год) : Начала заключения: \_\_\_\_\_

Освобождения или ожидаемого освобождения: \_\_\_\_\_

б. Ожидается ли вынесение решения по вопросу о предъявленных обвинениях? О ДА О НЕТ

20. Является ли указанное лицо очным студентом высшего учебного заведения в возрасте 18 лет? О ДА О НЕТ

21. Имеет ли указанное лицо право на получение дополнительного дохода из фонда социального обеспечения (SSI) или получает ли оно такой доход? О ДА О НЕТ

22. Считается ли указанное лицо слепым или лицом с необратимым ограничением возможностей? О ДА О НЕТ

23. Нуждается ли указанное лицо в помощи при выполнении повседневных бытовых функций (например, когда оно купается, одевается и т. п.) или проживает ли оно в медицинском учреждении либо в доме престарелых или в приюте, предоставляющем медицинский уход? О ДА О НЕТ

24. Находилось ли указанное лицо под опекой приемных родителей в Орегоне, когда ему исполнилось 18 лет? О ДА О НЕТ

25. Отвечать на этот вопрос не обязательно, и ответ на него никак не повлияет на решение по вопросу о вашем медицинском страховании.

Служило ли указанное лицо когда-либо в вооруженных силах США? О ДА О НЕТ

26. Потеряло ли указанное лицо медицинское страхование на протяжении последних 90 дней? Пожалуйста, укажите в вашем ответе факт потери страхования по программе Medicaid или по программе медицинского страхования детей (CHIP). Даже если указанное лицо имеет медицинское страхование в настоящее время, отвечайте «ДА». О ДА О НЕТ

ОДА — заполните пункты а-с О НЕТ.

а. Дата потери медицинского страхования (месяц, день, год): \_\_\_\_\_

б. Тип потерянного страхования: \_\_\_\_\_

с. Причина потери страхования: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ☑

## ЭТАП 2

Предоставьте нам следующую информацию о лицах, перечисленных в вашей форме «Возобновление страхования ОНР — часть 1».

**1. Изменился ли адрес места вашего проживания?**

ДА — *укажите ниже ваш новый адрес.*  НЕТ

Улица, № дома \_\_\_\_\_ № квартиры, жилищного блока \_\_\_\_\_  
Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_

**2. Изменился ли ваш почтовый адрес?**  ДА — *укажите ниже ваш новый адрес.*  НЕТ

Почтовый адрес \_\_\_\_\_ № квартиры, жилищного блока \_\_\_\_\_  
Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_

**3. Изменился ли номер вашего телефона?**  ДА — *укажите ниже новый номер.*  НЕТ

Номер основного телефона (если имеется): (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Дом. тел.  Раб. тел.  Моб. тел.

Устройство для приема сообщений или другой телефон: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Дом. тел.  Раб. тел.  Моб. тел.

**4. Изменился ли ваш адрес электронной почты?**

ДА — *укажите ниже ваш новый адрес.*  НЕТ

**5. Есть ли в вашей семье беременные?**

ДА — *перечислите ниже соответствующих лиц.*  НЕТ

*Если беременная еще не посещала врача, укажите наиболее вероятную, по вашему мнению, дату ожидаемых родов.*

Имя	Фамилия	Дата рождения	Дата родов	Сколько детей ожидается? Если неизвестно, не заполняйте эту графу

**6. Закончилась ли беременность (родами или выкидышем) кого-либо из лиц, входящих в состав вашей семьи, на протяжении последних трех месяцев?**  ДА — *перечислите ниже соответствующих лиц.*  НЕТ

Имя	Фамилия	Дата рождения	Дата последнего дня беременности

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ✓

## ЭТАП 2

7. Находится ли кто-либо из лиц, входящих в состав вашей семьи, в тюремном заключении, ИЛИ было ли освобождено из заключения какое-либо из этих лиц?  
 ДА — перечислите ниже соответствующих лиц.  НЕТ

Имя	Фамилия	Дата рождения	Дата начала заключения	Дата освобождения или ожидаемого освобождения	Ожидается ли вынесение решения по вопросу о предъявленных обвинениях?
					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Предоставьте нам следующую информацию только в отношении тех входящих в состав вашей семьи лиц, которые пользуются в настоящее время страхованием ОНР.

8. Считается ли кто-либо из лиц, входящих в состав вашей семьи, слепым или лицом с необратимым ограничением возможностей?  ДА — перечислите ниже соответствующих лиц.  НЕТ

Имя	Фамилия	Дата рождения

9. Нуждается ли кто-либо из лиц, входящих в состав вашей семьи, в помощи при выполнении повседневных бытовых функций (например, когда оно купается, одевается и т. п.) или проживает ли оно в медицинском учреждении либо в доме престарелых или в приюте, предоставляющем медицинский уход?  ДА — перечислите ниже соответствующих лиц.  НЕТ

Имя	Фамилия	Дата рождения

10. Желаете ли вы изменить выбор организации координированного обслуживания (ССО)?

ДА — сообщите нам, какую организацию ССО вы хотели бы выбрать:

\_\_\_\_\_

НЕТ

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ☑

### ЭТАП 3 Статус налогоплательщиков

1. Должен ли кто-либо из лиц, перечисленных в вашей форме «Возобновление страхования ОНР», сообщить об изменении его статуса налогоплательщика, ИЛИ вошло ли в состав вашей семьи какое-либо новое лицо?

Необходимо сообщать о любых изменениях информации, предоставленной вами ранее. (Например, об изменении статуса супругов, совместно подающих налоговую декларацию, об увеличении числа иждивенцев или о потере статуса иждивенца кем-либо из лиц, ранее указанных в качестве иждивенцев.)

- ДА — **предоставьте нам информацию о статусе налогоплательщиков в приведенной ниже таблице.** В число членов вашей семьи следует указывать каждое лицо, совместно с которым вы подаете налоговую декларацию, и каждого из иждивенцев.
- НЕТ — **перейдите к разделу «Этап 4» (на стр. 11).**



Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

### ЭТАП 3 Статус налогоплательщиков

#### Статус налогоплательщиков

- а. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- б. Намерено ли указанное лицо подать в 2017 г. федеральную налоговую декларацию за 2016 г. налогообложения?  
 ДА — **заполните пункты А-В.**  НЕТ
- А. Какой статус налогоплательщика укажет это лицо в своей налоговой декларации за 2016 г.?  
 Лицо, не состоящее в браке  Глава семьи  Правомочный вдовец (вдова)  
Подача декларации супругами:  Совместно  Раздельно  
Имя, фамилия супруга (супруги): \_\_\_\_\_
- В. Есть ли у этого лица иждивенцы, указываемые в налоговой декларации? Перечислите всех иждивенцев, независимо от их возраста или адреса места проживания.  
 ДА — Имя, фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 НЕТ
- с. Будет ли это лицо указано в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации за 2016 г.?  
 ДА — **заполните пункты А-В.**  НЕТ
- А. Кто подает такую налоговую декларацию?  
Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- В. Кем этот человек приходится лицу, подающему декларацию? \_\_\_\_\_
- д. Изменится ли налоговая информация этого лица в 2018 г. по сравнению с той, которая указана в декларации, поданной в 2017 г.?  
 ДА — **перейдите к разделу «Этап 4» (на стр. 11).**  НЕТ — **заполните ниже пункты А-С.**
- А. Какой статус налогоплательщика укажет это лицо в своей налоговой декларации, поданной в 2017 г.?  
 Не будет подавать декларацию  Не состоит в браке  Глава семьи  
 Правомочный вдовец (вдова)  
Подача декларации супругами  Совместно  Раздельно  
Имя, фамилия супруга (супруги): \_\_\_\_\_
- В. Укажет ли это лицо каких-либо иждивенцев в своей налоговой декларации, поданной в 2017 г. Перечислите всех иждивенцев, независимо от их возраста или адреса места проживания.  
 ДА — Имя, фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 НЕТ
- С. Будет ли это лицо указано в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации, поданной в 2017 г.?  
 ДА — **заполните пункты i-ii.**  НЕТ
- i. Кто будет подавать такую декларацию?  
Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- ii. Кем этот человек приходится лицу, подающему декларацию? \_\_\_\_\_

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

### ЭТАП 3

### Статус налогоплательщиков

#### Статус налогоплательщиков

- а. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- б. Намерено ли указанное лицо подать в 2017 г. федеральную налоговую декларацию за 2016 г. налогообложения?  
 ДА — **заполните пункты А-В.**  НЕТ
- А. Какой статус налогоплательщика укажет это лицо в своей налоговой декларации за 2016 г.?  
 Лицо, не состоящее в браке  Глава семьи  Правомочный вдовец (вдова)  
Подача декларации супругами:  Совместно  Раздельно  
Имя, фамилия супруга (супруги): \_\_\_\_\_
- В. Есть ли у этого лица иждивенцы, указываемые в налоговой декларации? Перечислите всех иждивенцев, независимо от их возраста или адреса места проживания.  
 ДА — Имя, фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 НЕТ
- с. Будет ли это лицо указано в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации за 2016 г.?  ДА — **заполните пункты А-В.**  НЕТ
- А. Кто подает такую налоговую декларацию?  
Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- В. Кем этот человек приходится лицу, подающему декларацию? \_\_\_\_\_
- д. Изменится ли налоговая информация этого лица в 2018 г. по сравнению с той, которая указана в декларации, поданной в 2017 г.?  
 ДА — **перейдите к разделу «Этап 4» (на стр. 11).**  НЕТ — **заполните ниже пункты А-С.**
- А. Какой статус налогоплательщика укажет это лицо в своей налоговой декларации, поданной в 2017 г.?  
 Не будет подавать декларацию  Не состоит в браке  Глава семьи  
 Правомочный вдовец (вдова)  
Подача декларации супругами  Совместно  Раздельно  
Имя, фамилия супруга (супруги): \_\_\_\_\_
- В. Укажет ли это лицо каких-либо иждивенцев в своей налоговой декларации, поданной в 2017 г.? Перечислите всех иждивенцев, независимо от их возраста или адреса места проживания.  
 ДА — Имя, фамилия \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 НЕТ
- С. Будет ли это лицо указано в качестве иждивенца в чьей-либо налоговой декларации, поданной в 2017 г.?  
 ДА — **заполните пункты i-ii.**  НЕТ
- i. Кто будет подавать такую декларацию?  
Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- ii. Кем этот человек приходится лицу, подающему декларацию? \_\_\_\_\_

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ☑

## ЭТАП 4 Доходы и вычеты

В разделе «Этап 4» сообщите нам о своем доходе от трудоустройства и самостоятельной занятости, а также о других облагаемых налогами доходах и о категориях вычетов, которые вы указываете в своей федеральной налоговой декларации.

### Важное примечание:

- Отправив подтверждение своего дохода, вы поможете нам рассмотреть вашу заявку быстрее. См. сведения о том, когда следует посылать доказательство дохода, и какие типы доказательств следует посылать, в «Руководстве по возобновлению страхования ОНР».
- Мы не можем отвечать на конкретные вопросы о том, как следует заполнять налоговые декларации. Если у вас возникнут вопросы о том, как следует заполнять налоговые формы, или о том, какие вычеты и расходы можно указывать в таких формах, пожалуйста, посетите сайт [www.irs.gov](http://www.irs.gov) или проконсультируйтесь со специалистом по налогообложению.

1. Должно ли какое-либо из лиц, перечисленных в вашей форме «Возобновление страхования ОНР», сообщить об изменении его облагаемого налогами дохода от трудоустройства, ИЛИ указали ли вы какое-либо новое лицо, вошедшее в состав вашей семьи, которое получает облагаемый налогами доход от трудоустройства? Сообщите нам о том, какую облагаемую налогами заработную плату (включая чаевые, до вычета налогов) получает каждое такое лицо в каждом месте трудоустройства. В данном случае не указывается доход от самостоятельной занятости. В ответе на вопрос 2 предоставьте нам информацию о самостоятельной занятости.

ДА — **предоставьте ниже информацию об этом лице.**

НЕТ — **перейдите к вопросу 2.**

а. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

б. Источник дохода — имя и фамилия или наименование работодателя  
\_\_\_\_\_

с. Заработная плата до вычета налогов — сумма, которую вы зарабатываете до вычета налогов и до производства других вычетов: \$

д. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  По другому расписанию: \_\_\_\_\_

е. Предлагает ли указанный работодатель медицинское страхование?

ДА — **заполните раздел «Этап 6», «Страхование работодателем» (на стр. 19)**  НЕТ

а. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

б. Источник дохода — имя и фамилия или наименование работодателя  
\_\_\_\_\_

с. Заработная плата до вычета налогов — сумма, которую вы зарабатываете до вычета налогов и до производства других вычетов: \$

д. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  По другому расписанию: \_\_\_\_\_

е. Предлагает ли указанный работодатель медицинское страхование?

ДА — **заполните раздел «Этап 6», «Страхование работодателем» (на стр. 19)**  НЕТ

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ☑

## ЭТАП 4 Доходы и вычеты

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Источник дохода — имя и фамилия или наименование работодателя  
\_\_\_\_\_
- c. Заработная плата до вычета налогов — сумма, которую вы зарабатываете до вычета налогов и до производства других вычетов: \$ \_\_\_\_\_
- d. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  По другому расписанию: \_\_\_\_\_
- e. Предлагает ли указанный работодатель медицинское страхование?  
 ДА — **заполните раздел «Этап 6», «Страхование работодателем» (на стр. 19)**  НЕТ

2. Должно ли какое-либо из лиц, перечисленных вами в форме «Возобновление страхования ОНР», сообщить об изменении его статуса самостоятельной занятости, ИЛИ указано ли в составе вашей семьи какое-либо новое лицо, получающее доход от самостоятельной занятости? Сообщите нам доход каждого такого лица (прибыль до вычета расходов). Если затраты самостоятельно занятого лица превышают размер заработанной им суммы, вы можете указать отрицательное число.  
 ДА — **приведите ниже информацию, относящуюся к такому лицу.**  
 НЕТ — **перейдите к вопросу 3.**

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип работы: \_\_\_\_\_
- c. Месяц, год: Дата начала работы: \_\_\_\_\_ Дата окончания работы: \_\_\_\_\_
- d. Сумма прибыли до вычетов — сумма дохода до вычета затрат и расходов и до производства других вычетов: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_
- f. Расходы на самостоятельную занятость за указанный выше период времени: \$ \_\_\_\_\_

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип работы: \_\_\_\_\_
- c. Месяц, год: Дата начала работы: \_\_\_\_\_ Дата окончания работы: \_\_\_\_\_
- d. Сумма прибыли до вычетов — сумма дохода до вычета затрат и расходов и до производства других вычетов: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_
- f. Расходы на самостоятельную занятость за указанный выше период времени: \$ \_\_\_\_\_

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

## ЭТАП 4 Доходы и вычеты (продолжение)

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип работы: \_\_\_\_\_
- c. Месяц, год: Дата начала работы: \_\_\_\_\_ Дата окончания работы: \_\_\_\_\_
- d. Сумма прибыли до вычетов — сумма дохода до вычета затрат и расходов и до производства других вычетов: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_
- f. Расходы на самостоятельную занятость за указанный выше период времени: \$ \_\_\_\_\_
3. Должно ли какое-либо из лиц, указанных в вашей форме «Возобновление страхования ОНР», сообщить об изменении его какого-либо другого облагаемого налогами дохода (не от трудоустройства и не от самостоятельной занятости), ИЛИ указано ли в составе вашей семьи какое-либо новое лицо, получающее другой облагаемый налогами доход (не от трудоустройства и не от самостоятельной занятости)?
- ДА — *приведите ниже информацию, относящуюся к такому лицу.*
- НЕТ — *перейдите к вопросу 4.*

См. примеры других видов дохода в «Руководстве по возобновлению страхования ОНР». Не забудьте указать тип дохода ниже, в пункте b. **Не указывайте размер алиментов на ребенка, доход от опеки над приемными детьми, выплаты, получаемые демобилизованными военнослужащими, суммы временного вспомоществования нуждающимся семьям (TANF) или дополнительный доход из фонда социального обеспечения (SSI).**

**Облагаемый налогами племенной доход** — перечисленные ниже категории племенного дохода могут не учитываться при определении правомочности участника программы медицинского страхования ОНР; тем не менее, вы должны указать в этом разделе такой доход и тип племенного дохода. Указываются:

- суммы, выплачиваемые племенем в расчете на душу населения из поступлений, связанных с использованием природных ресурсов, правами на использование, арендной платой и долевыми отчислениями (исключая доходы казино, выплачиваемые в расчете на душу населения)
- суммы, выплачиваемые из поступлений, связанных с использованием природных ресурсов, сельскохозяйственной и скотоводческой деятельностью, рыболовством, арендной платой и долевыми отчислениями от использования земли, обозначенной министерством внутренних дел США в качестве земли, переданной в доверительную собственность индейским племенам (в том числе жителям резерваций и бывших резерваций)
- денежные поступления от продажи объектов культурного значения

**Примечание:** Если вы получаете доход от казино, выплачиваемый племенем в расчете на душу населения, впишите этот доход и укажите «Доход казино, выплачиваемый в расчете на душу населения» в графе «Тип другого дохода».

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ☑

## ЭТАП 4 Доходы и вычеты (продолжение)

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип другого облагаемого налогами дохода \_\_\_\_\_
- c. Месяц, год: Дата начала работы: \_\_\_\_\_ Дата окончания работы: \_\_\_\_\_
- d. Сумма: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип другого облагаемого налогами дохода \_\_\_\_\_
- c. Месяц, год: Дата начала работы: \_\_\_\_\_ Дата окончания работы: \_\_\_\_\_
- d. Сумма: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип другого облагаемого налогами дохода \_\_\_\_\_
- c. Месяц, год: Дата начала работы: \_\_\_\_\_ Дата окончания работы: \_\_\_\_\_
- d. Сумма: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_

4. Пользуется ли какое-либо из лиц, указанных вами в форме «Возобновление страхования ОНР», или какое-либо новое лицо, указанное вами в составе вашей семьи, льготами фонда социального обеспечения (SSB) или страховыми льготами из фонда социального обеспечения для лиц с ограниченными возможностями (SSDI)?

- ДА — *приведите ниже информацию, относящуюся к такому лицу.*  
 НЕТ — *перейдите к вопросу 5.*

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип дохода:  SSB  SSDI
- c. облагаемая налогами сумма: \$ \_\_\_\_\_
- d. Не облагаемая налогами сумма: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ☑

## ЭТАП 4 Доходы и вычеты (продолжение)

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип дохода:  SSB  SSDI
- c. облагаемая налогами сумма: \$ \_\_\_\_\_
- d. Не облагаемая налогами сумма: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_

5. Должно ли какое-либо из лиц, указанных вами в форме «Возобновление страхования ОНР», сообщить об изменении вычетов, указываемых им в его федеральной налоговой декларации, либо других разрешенных вычетов, ИЛИ перечислили ли вы в составе своей семьи какое-либо новое лицо, производящее разрешенные вычеты? Разрешенными называются вычеты затрат и расходов, которые можно указывать в федеральной налоговой декларации при расчете откорректированной итоговой суммы доходов до вычета налогов. См. дополнительные сведения в «Руководстве по возобновлению страхования ОНР».

- ДА — приведите ниже информацию, относящуюся к такому лицу.  
 НЕТ — перейдите к разделу «Этап 5» (на стр. 16).

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип другого облагаемого налогами дохода \_\_\_\_\_
- c. Месяц, год: Дата начала работы: \_\_\_\_\_ Дата окончания работы: \_\_\_\_\_
- d. Сумма: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип другого облагаемого налогами дохода \_\_\_\_\_
- c. Месяц, год: Дата начала работы: \_\_\_\_\_ Дата окончания работы: \_\_\_\_\_
- d. Сумма: \$ \_\_\_\_\_
- e. Как часто вы получаете эту сумму?  Еженедельно  Ежемесячно  Ежеквартально  
 Ежегодно  Раз в две недели  Два раза в месяц  
 По другому расписанию: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ☑

## ЭТАП 5 Другое медицинское страхование

1. Изменилось ли медицинское страхование кого-либо из лиц, указанных вами в форме «Возобновление страхования ОНР» таким образом, что это лицо использует или получило возможность или право на медицинское страхование (за исключением медицинского страхования по программе ОНР), ИЛИ указано ли вами в составе вашей семьи какое-либо новое лицо, использующее или имеющее возможность или право на такое медицинское страхование?
- ДА — *приведите информацию, относящуюся к такому лицу, ниже в таблице «Другое медицинское страхование».*
- НЕТ — *перейдите к разделу «Этап 6» (на стр. 19).*

### Таблица «Другое медицинское страхование»

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип медицинского страхования:  частное  обеспечивается работодателем  
 по закону COBRA  по программе Medicare  по программе TRICARE  
 по программе Peace Corps  по какой-либо программе здравоохранения демобилизованных военнослужащих (в том числе по программе CHAMPVA)  по пенсионной программе медицинского страхования  по программе Medicaid и (или) CHIP
- c. Информация о программе страхования: Наименование компании, обеспечивающей медицинское страхование: \_\_\_\_\_  
Адрес компании: \_\_\_\_\_  
№ страхового полиса: \_\_\_\_\_ № застрахованной группы: \_\_\_\_\_  
Имя, фамилия владельца полиса: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Степень родства с владельцем полиса: \_\_\_\_\_
- d. Является ли это лицо зарегистрированным участником программы?  ДА  НЕТ
- e. Существуют ли какие-либо обстоятельства, препятствующие использованию указанного страхования этим лицом?  
 ДА, по следующей причине:  из соображений обеспечения безопасности  
 в связи с расстоянием до обслуживающих учреждений  по другим причинам  
 НЕТ
- f. Зарегистрировано ли это лицо в качестве участника программы Medicaid и (или) CHIP в другом штате (не в Орегоне)?  
 ДА — в каком штате? \_\_\_\_\_ Ожидаемая дата окончания страхования: \_\_\_\_\_  НЕТ
- g. Финансируется ли это страхование работодателем?  
 ДА — *заполните раздел «Этап 6», «Страхование работодателем» (на стр. 19)*  НЕТ



Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

## ЭТАП 5

### Другое медицинское страхование

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип медицинского страхования:  частное  обеспечивается работодателем  
 по закону COBRA  по программе Medicare  по программе TRICARE  
 по программе Rease Corps  по какой-либо программе здравоохранения демобилизованных  
военнослужащих (в том числе по программе CHAMPVA)  по пенсионной программе  
медицинского страхования  по программе Medicaid и (или) CHIP
- c. Информация о программе страхования: Наименование компании, обеспечивающей  
медицинское страхование: \_\_\_\_\_  
Адрес компании: \_\_\_\_\_  
№ страхового полиса: \_\_\_\_\_ № застрахованной группы: \_\_\_\_\_  
Имя, фамилия владельца полиса: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Степень родства с владельцем полиса: \_\_\_\_\_
- d. Является ли это лицо зарегистрированным участником программы?  ДА  НЕТ
- e. Существуют ли какие-либо обстоятельства, препятствующие использованию указанного  
страхования этим лицом?  
 ДА, по следующей причине:  из соображений обеспечения безопасности  
 в связи с расстоянием до обслуживающих учреждений  по другим причинам  НЕТ
- f. Зарегистрировано ли это лицо в качестве участника программы Medicaid и (или) CHIP в другом  
штате (не в Орегоне)?  
 ДА — в каком штате? \_\_\_\_\_ Ожидаемая дата окончания страхования: \_\_\_\_\_  НЕТ
- g. Финансируется ли это страхование работодателем?  
 ДА — **заполните раздел «Этап 6», «Страхование работодателем» (на стр. 19)**  НЕТ

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ✓

## ЭТАП 5 Другое медицинское страхование

- a. Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- b. Тип медицинского страхования:  частное  обеспечивается работодателем  
 по закону COBRA  по программе Medicare  по программе TRICARE  
 по программе Peace Corps  по какой-либо программе здравоохранения демобилизованных военнослужащих (в том числе по программе CHAMPVA)  по пенсионной программе медицинского страхования  по программе Medicaid и (или) CHIP
- c. Информация о программе страхования: Наименование компании, обеспечивающей медицинское страхование: \_\_\_\_\_  
Адрес компании: \_\_\_\_\_  
№ страхового полиса: \_\_\_\_\_ № застрахованной группы: \_\_\_\_\_  
Имя, фамилия владельца полиса: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Степень родства с владельцем полиса: \_\_\_\_\_
- d. Является ли это лицо зарегистрированным участником программы?  ДА  НЕТ
- e. Существуют ли какие-либо обстоятельства, препятствующие использованию указанного страхования этим лицом?  
 ДА, по следующей причине:  из соображений обеспечения безопасности  
 в связи с расстоянием до обслуживающих учреждений  по другим причинам  НЕТ
- f. Зарегистрировано ли это лицо в качестве участника программы Medicaid и (или) CHIP в другом штате (не в Орегоне)?  
 ДА — в каком штате? \_\_\_\_\_ Ожидаемая дата окончания страхования: \_\_\_\_\_  НЕТ
- g. Финансируется ли это страхование работодателем?  
 ДА — **заполните раздел «Этап 6», «Страхование работодателем» (на стр. 19)**  НЕТ

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

## ЭТАП 6

## Страхование работодателем — заполнение НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО

Заполнение раздела «Этап 6» не обязательно, и от содержащейся в нем информации решение по вопросу о вашем страховании не зависит. Приведите ниже информацию, относящуюся к каждому из работодателей, предлагающих медицинское страхование. Эта страница — средство, предоставляемое вашему работодателю с тем, чтобы помочь ему ответить на вопросы, относящиеся к предлагаемому работодателем страхованию.

### 1. Кого из заявителей трудоустраивает этот работодатель?

Имя/фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

### 2. Информация о работодателе:

a. Имя и фамилия или наименование работодателя: \_\_\_\_\_

b. Имя и фамилия лица, к которому мы можем обращаться в управлении вашего работодателя по вопросу об указанном медицинском страховании:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Доб.: \_\_\_\_\_ Эл. почта: \_\_\_\_\_

### 3. Предлагает ли этот работодатель медицинское страхование в текущем году? ДА НЕТ

4. В каком размере должно было бы платить указанное лицо страховые взносы для того, чтобы его застраховали по самой дешевой программе, предлагаемой только служащим (не включающей страхование членов семьи) и удовлетворяющей минимальному стандарту объема страхования\*? Если работодатель предлагает программы укрепления здоровья, укажите размер страхового взноса, который служащий должен был бы платить, получая максимальную скидку за участие в программах отказа от курения, но не пользуясь какими-либо другими скидками, предусмотренными в отношении программ укрепления здоровья.

Сумма страхового взноса: \$ \_\_\_\_\_  Неизвестна

Как часто выплачивается взнос:  еженедельно  раз в две недели  ежемесячно  
 два раза в месяц  по другому расписанию:

5. Зарегистрировано ли указанное лицо в настоящее время в качестве участника этой программы медицинского страхования?  ДА  НЕТ

6. Предлагает ли этот работодатель страхование супруга (супруги) и (или) иждивенцев?  ДА  НЕТ

### 7. Изменяются ли условия этого страхования в следующем году?

ДА — сообщите, каким образом.  НЕТ  Мне не известно, будут ли внесены какие-либо изменения работодателем

Работодатель больше не будет предлагать это страхование

Изменяются размеры страховых взносов, взимаемых работодателем. Размер страховых взносов, взимаемых с зарегистрированного участника самой дешевой программы страхования, удовлетворяющей минимальному стандарту объема страхования,\* предлагаемого только служащим (но не членам их семей), составит:

Сумма страхового взноса: \$ \_\_\_\_\_  Неизвестна

Как часто выплачивается взнос:  еженедельно  раз в две недели  ежемесячно  
 два раза в месяц  по другому расписанию:

Когда вступит в силу это изменение? \_\_\_\_\_  Неизвестно:

Пожалуйста, заполняйте кружки полностью. Не пользуйтесь символами «X» или ✓.  
Правильно: ● Неправильно: ⊗ ⊙

## ЭТАП 6

### Страхование работодателем — заполнение НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО

8. Регистрируется ли указанное лицо в качестве участника программы страхования, предлагаемой работодателем в следующем году?

ДА — когда? \_\_\_\_\_  НЕТ

9. Ожидается ли прекращение страхования указанного лица по программе работодателя в следующем году?

ДА — когда? \_\_\_\_\_  НЕТ

\* «Минимальный стандарт объема страхования» достигается, если по программе работодателя оплачиваются 60% или более итоговой допустимой стоимости обслуживания (см. раздел 36B(c)(2)(C)(ii) Налогового кодекса США 1986 г.)

## ЭТАП 7

### Прочтите и подпишите

#### Разрешаете ли вы организации HealthCare.gov получать в дальнейшем доступ к относящейся к вам информации?

Вы можете дать организации **HealthCare.gov** бессрочное разрешение на дальнейшую проверку относящейся к вам информации посредством доступа к базам данных правительства штата и федерального правительства. Предоставив такое разрешение, вы можете отозвать его в любое время, связавшись с организацией **HealthCare.gov**. **Разрешаете ли вы организации HealthCare.gov получать в дальнейшем доступ к информации, содержащейся в базах данных правительства штата и федерального правительства?**

ДА — *на сколько лет?*  5 лет  4 года  3 года  2 года  1 год  НЕТ

#### Желаете ли вы зарегистрироваться в качестве избирателя?

*Отвечать на этот вопрос не обязательно, и ответ на него никак не повлияет на решение по вопросу о вашем медицинском страховании.*

Зарегистрированы ли вы в качестве избирателя по вашему текущему адресу? Если вы или кто-либо из членов вашей семьи, достигших 17-летнего возраста, проживаете в штате Орегон и являетесь гражданами США, вы можете зарегистрироваться в качестве избирателя или обновить свою регистрацию в качестве избирателя. *Подача заявки на регистрацию избирателя или отказ от такой регистрации не повлияет на размер пособия, предоставляемого вам нашей организацией.* **Если вы не зарегистрированы в качестве избирателя по вашему текущему адресу, желаете ли вы подать заявку на регистрацию в качестве избирателя сегодня?**  ДА  НЕТ

#### Использование номера в системе социального обеспечения (SSN)

Согласно федеральным законам и постановлениям, любое лицо, подающее заявку на предоставление ему медицинских льгот, обязано указать свой номер SSN: см. федеральные законы 42 USC 1320b-7(a), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b). Указывая свой номер SSN в заявлении, вы тем самым разрешаете Управлению здравоохранения штата Орегон (ОНА) использовать его и сообщать его другим лицам и организациям в следующих целях:

- С тем, чтобы способствовать определению нами вашего права на пользование льготами. Мы будем использовать предоставленные вами номера SSN с тем, чтобы проверять правильность указанной вами в этой форме информации о доходах и активах. Информация будет сверяться с другими записями правительства штата и федерального правительства, такими, как записи Налогового управления США, Департамента налоговых сборов штата Орегон и программы Medicaid, а также записи, относящиеся к службе поддержки детей, к социальному обеспечению и к пособиям по безработице.
- С тем, чтобы подготавливать отчеты о программе ОНР.
- С тем, чтобы координировать, по мере необходимости, программу, на участие в которой вы подали заявление или в рамках которой вы пользуетесь льготами.
- С тем, чтобы совершенствовать программы посредством контроля качества и других мер.
- С тем, чтобы убеждаться в предоставлении вам требуемого объема льгот и обеспечивать возврат денежных средств в случае предоставления льгот в чрезмерном объеме.

**Ваше право на проведение слушания**

Если вы не согласны с решением, принятым Управлением здравоохранения штата Орегон (ОНА) по вопросу о предоставлении вам права на медицинское страхование и (или) финансовую помощь, или если вы не получили ответ о принятом решении в течение 45 дней, вы имеете право подать запрос о проведении слушания. Кроме того, вы имеете право выбрать уполномоченного представителя, который будет выступать от вашего имени в процессе проведения слушания.

Мы рекомендуем звонить нам по телефону **1-800-699-9075** с вопросами, относящимися к вашему праву на медицинское страхование или к процессу обеспечения такого страхования, или для того, чтобы предоставить нам дополнительную информацию о вас и (или) о вашей семье.

Запрос о проведении слушания можно подать, позвонив по тел. **1-800-699-9075**. Если вы желаете подать запрос о проведении слушания, это нужно сделать в течение 90 дней, начиная с наступления даты, указанной в полученном вами (по почте или в виде электронного сообщения) уведомлении о соответствии требованиям. Срок подачи запроса о проведении слушания не изменится даже в том случае, если вы с нами свяжетесь.

**Нужен ли вам справочник?**

Нужен ли вам справочник? Программа ОНР и ваша организация координированного медицинского обслуживания (ССО) предлагают справочники, содержащие дополнительные сведения о программе ОНР. Для того, чтобы получить справочник, позвоните в свою организацию ССО. Адресные данные и телефоны вашей организации ССО можно найти на сайте [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov). Если вы не выбрали организацию ССО, позвоните по телефону 1-800-273-0557 или 711 (телетайп для тех, кто плохо слышит) и попросите выслать вам справочник.

- Я подписываю настоящую заявку под страхом наказания за лжесвидетельство, то есть подтверждаю, что, насколько мне известно, все мои ответы на вопросы, содержащиеся в этой форме, достоверны. Мне известно, что в случае предоставления недостоверной информации ко мне могут быть применены меры, предусмотренные федеральным законодательством, а также в случае получения переплаты я буду нести ответственность за возврат полученных средств..
- Мне известно, что я обязан (обязана) сообщать Управлению здравоохранения штата Орегон (ОНА) о любых изменениях информации, указанной мною в этой форме. Я могу звонить по телефону **1-800-699-9075**, чтобы сообщать о любых изменениях. Мне известно, что изменение указанной мною информации может повлиять на правомочность любых лиц, входящих в состав моей семьи.
- Мне известно, что в соответствии с федеральными законами запрещена дискриминация на основе расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентификации или наличия ограниченных физических возможностей. Я могу подать жалобу на дискриминацию, пользуясь сайтом [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file)
- Я прочел (прочла) «Руководство по возобновлению страхования ОНР» и согласен (согласна) с содержанием всех его разделов. («Руководство по возобновлению страхования ОНР» можно найти на сайте [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov).)

**Если вы имеете право на участие в программе Oregon Health Plan (ОНР):**

В соответствии с законами штата, если вы или любое другое лицо удовлетворяете критериям предоставления права на участие в программе Oregon Health Plan (ОНР), вы или другое индивидуальное лицо автоматически предоставляете Управлению здравоохранения штата Орегон (ОНА) право на получение выплат от других сторон, несущих юридическую ответственность за полную или частичную оплату счетов, выставляемых за ваше медицинское обслуживание.

## ЭТАП 7

### Прочтите и подпишите

К числу таких других сторон относятся стороны, обеспечивающие другие виды медицинского страхования, стороны, обеспечивающие страхование материальной ответственности, или другие индивидуальные лица. К таким выплатам относятся также любые выплаты, причитающиеся вам в связи с нанесением вам травмы другим лицом. Право на получение выплат предоставляется в объеме, не превышающем сумму, выплачиваемую программой ОНР или выбранной вами организацией координированного медицинского обслуживания.

Я обязуюсь уведомлять Управление здравоохранения штата Орегон (или назначенных им лиц), а также свою организацию координированного медицинского обслуживания, о подаче мной иска против лица, нанесшего травму мне или члену моей семьи, обеспеченного страхованием по программе ОНР, и, по запросу, предоставлять информацию, необходимую для получения возмещения.

Соглашаясь пользоваться медицинским вспомоществованием (по программе ОНР), вы тем самым разрешаете работникам программы поддержки детей обеспечивать в принудительном порядке по суду медицинскую поддержку детей родителями, не являющимися опекунами этих детей. Этот процесс называется также «передачей прав». Он означает, что вы обязаны содействовать работникам программы поддержки детей в поиске не являющихся опекунами родителей, если отсутствует какая-либо причина (такая, как насилие в семье), препятствующая оказанию вами такого содействия. Если вы обязаны сотрудничать с работниками программы поддержки детей с целью определения суммы поддержки детей или принудительного обеспечения ее выплаты по суду и откажетесь сотрудничать, вы можете потерять право на медицинское вспомоществование. См. дополнительные сведения в «Руководстве по возобновлению страхования ОНР».

**Если по какой-либо причине (такой, как насилие в семье) вы не можете оказывать содействие работникам программы поддержки детей, укажите эту причину ниже.**

Я не могу оказывать содействие работникам программы поддержки детей. Причина: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Прочтите и подпишите** – Если вы назначили своего полномочного представителя, он может подписаться за вас.

Подписывая эту форму, я тем самым подтверждаю,

- что я прочел (прочла) и соглашаюсь с содержанием «Уведомления о методах обеспечения конфиденциальности информации Управлением здравоохранения штата Орегон (ОНА)», содержащимся в тексте «Руководства по возобновлению страхования ОНР».
- Я подтверждаю, что все члены моей семьи разрешили мне предоставить содержащуюся в этой форме информацию и получать сообщения об их правомочности и регистрации.

Имя, фамилия печатными буквами

Подпись

Идентификационный № дела:

Сегодняшняя дата (месяц, день, год)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### КАК ПОСЫЛАТЬ ВАШУ ФОРМУ ЗАЯВКИ НА ВОЗОБНОВЛЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ ПО ПРОГРАММЕ ОНР

**По почте:** по адресу ОНР Customer Service, P.O. Box 14015, Salem, OR 97309-5032

**По факсу:** используйте титульный лист желтого цвета, вложенный в полученный вами пакет документации для того, чтобы отправить свои документы по факсу 503-378-5628.

**ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ?** Звоните нам по тел. **1-800-699-9075** (телетайп для слабослышащих - 711)  
(с 7.00 до 18.00, с понедельника по пятницу)

RU ОНР 7310 (Rev 09/16)