Руководство по возобновлению страхования OHP

Это руководство поможет вам заполнить форму «Возобновление страхования OHP — часть 2»

Содержание

Подготовка к работе 2

Этап 1 4

Этап 2 8

Этап 3 9

Этап 4 10

Этап 5 13

Этап 6 13

Этап 7 14

Возмещение за счет имущества 15

Правомочный иммиграционный статус 17

Тип иммиграционного документа и идентификационный номер документа 19

Уведомление о методах обеспечения конфиденциальности Управлением здравоохранения штата Орегон (OHA) 23

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.

RU OHP 9325 (Rev 08/16)

ПОДГОТОВКА

Советы по заполнению формы заявки на возобновление страхования

- Подпишите форму перед тем, как отправлять ее по почте.
- Заполняйте форму четкими печатными буквами.
- Проверьте свои ответы дважды.
- Убедитесь в том, что вы ответили на все обязательные вопросы.
- Указывайте все даты в правильном формате. Например: *месяц (двузначное число) / день (двузначное число) / год (четырехзначное число)*.
- Никогда не используйте вопросительный знак («?») в качестве ответа на вопрос.

Нуждаетесь ли вы в помощи при заполнении формы заявки на возобновление страхования?

Прошедшие подготовку местные партнеры нашей организации, работающие по всей территории штата, могут помочь вам в заполнении формы. Такая помощь предоставляется бесплатно.

Вы можете найти наших местных партнеров, помогающих заполнять заявки, на сайте **OregonHealthCare.gov**.

Позвоните нам по тел. 1-800-699-9075 (телетайп: 711), чтобы обратиться за помощью или получить список наших местных партнеров, работающих в вашем районе. Вы можете также обращаться за помощью на другом языке.

Кто входит в состав вашей семьи?

Вы должны сообщить нам о себе и о всех, кто входит в состав вашей семьи. В состав вашей семьи входят следующие лица.

- Вы сами.
- Ваш законный супруг или ваша законная супруга.
- Ваши дети. Перечислите детей любого возраста, которых вы указываете в качестве иждивенцев в ваших налоговых декларациях.
- Проживающий с вами партнер, если у вас есть совместный ребенок.
- Любые другие лица, которых вы указываете в вашей федеральной налоговой декларации, даже если они не проживают вместе с вами.

Важное примечание. Проживает ли вместе с вами кто-либо, кто не относится к числу вышеупомянутых лиц? Если это лицо желает получить медицинское страхование, оно должно заполнить отдельную форму заявки.

Лица, проживающие отдельно от своих супругов

Если вы живете отдельно от своего супруга или от своей супруги и не знаете, как ваш супруг или ваша супруга заполняет налоговые декларации — даже если в прошлом вы заполняли декларации как «совместно проживающие супруги», отвечайте на относящиеся к налогам вопросы в соответствии с тем, как вы сами будете заполнять налоговую декларацию за текущий год. Если вы не будете заполнять налоговую декларацию сами, сообщите нам об этом.

Если вам известно, что ваш супруг или ваша супруга указывает вас в своей федеральной налоговой декларации, значит, вы и ваш супруг или ваша супруга входите в одну и ту же группу налогоплательщиков. В своей форме заявки на возобновление страхования вы обязаны указывать всех лиц, входящих в вашу группу налогоплательщиков.

Мы должны получить информацию о доходах всех лиц, входящих в вашу группу налогоплательщиков. Лица, входящие в вашу группу налогоплательщиков, но не проживающие вместе с вами, не будут иметь доступа к информации, содержащейся в вашем деле.

ПОДГОТОВКА

Где вы можете найти идентификационный номер вашего дела?

Номер вашего дела указан в письме, которое вы получили вместе с этим пакетом документации. Он указан в обведенной рамкой графе на первой странице.

Важное примечание. Это идентификационный номер вашего дела: **XXXXXX**
Пожалуйста, указывайте этот номер в любом документе, который вы нам отправляете. В отсутствие номера вашего дела могут возникнуть задержки.

Когда вы узнаете, имеете ли вы право на страхование?

Мы сообщим вам, имеете ли вы право на страхование OHP, как только будет принято соответствующее решение. Если ваша форма заявки на возобновление страхования не будет заполнена надлежащим образом, мы не сможем принять такое решение. Если нам потребуется дополнительная информация, вы получите от нас соответствующее письмо. Пожалуйста, отвечайте на наши запросы в кратчайшие возможные сроки.

Если вы не получите наш ответ в течение **45 дней**, вы можете подать запрос о проведении слушания. Для этого воспользуйтесь формой запроса о проведении административного слушания (MSC 0443). Вы можете найти эту форму на сайте по адресу **https://apps.state.or.us/Forms/Served/mr0443.pdf**. Кроме того, вы можете запросить экземпляр этой формы, позвонив нам по телефону.

Если вы срочно нуждаетесь в медицинской помощи или забеременели, мы можем ускорить обработку вашей заявки на возобновление страхования. Не забудьте ответить на вопрос 2 на первой странице вашей заявки на возобновление страхования. Если вы уже отправили свою заявку на возобновление страхования, позвоните нам по тел. 1-800-699-9075 (телетайп: 711).

ЭТАП 1

На этапе 1 сообщите нам, пожалуйста, о любых следующих лицах.

- **О лицах, которых вы добавляете в состав вашей семьи.** К числу таких лиц относятся те, которые не перечислены в вашем письме. (Например, если вы женились или вышли замуж, или если у вас родился ребенок после того, как вы подали заявку на страхование OHP в прошлом году.) ИЛИ
- **О лицах, которых вы исключаете из состава вашей семьи.** Вы должны исключить лиц, больше не входящих в состав вашей семьи, из списка лиц, перечисленных в вашем письме. (Например, если вы развелись после того, как подали заявку на страхование OHP в прошлом году.) ИЛИ
- **О лицах, входящих в состав вашей семьи, но не пользующихся льготами в настоящее время.** К числу таких лиц относятся те, которые перечислены в вашем письме, но в настоящее время не пользуются льготами по программе OHP. (Например, если в прошлом году вы подали заявку на страхование OHP только в отношении ваших детей, но теперь желаете также пользоваться льготами по программе OHP сами.)

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?

См. на стр. 2 информацию о том, кого следует указывать в составе вашей семьи.

3. Если это лицо подает заявку на страхование OHP, 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, пожалуйста, позвоните нам по тел. 1-800-699-9075 (телетайп: 711).

8. Беременна ли указанная женщина?

Если вам не известна ожидаемая дата родов, укажите наиболее вероятную или примерную дату. Если вам известно число ожидаемых детей, укажите его. Если вам это число не известно, не заполняйте эту графу; в таком случае правомочность детей будет определяться на основе того допущения, что родится один (1) ребенок. Если ожидаемая дата родов или ожидаемое число детей изменится, позвоните нам и сообщите об этом. Звоните нам по телефону 1-800-699-9075 (телетайп: 711).

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

Согласно нашему определению, к числу американских индейцев и коренных жителей Аляски относятся:

- члены признанного федеральным правительством индейского племени или группы индейцев;
- эскимосы, алеуты и другие коренные жители Аляски, зарегистрированные министром внутренних дел США в соответствии с законом «Об урегулировании претензий коренного населения Аляски», 43 U.S.C. 1601;
- лица, по какой-либо причине рассматриваемые министром внутренних дел США в качестве индейцев.

Другие особые правила, относящиеся к американским индейцам и коренным жителям Аляски см. в следующих разделах:

- вопрос 16 этапа 1 на стр. 5-6;
- вопрос 3 этапа 4 на стр. 12;

14. Присвоен ли этому лицу правомочный иммиграционный статус?

Если то или иное лицо не является гражданином США или постоянным жителем США, оно все еще может получить право на участие в программе OHP. Ответ на этот вопрос поможет нам определить, на какие льготы имеет право такое лицо.

Отвечая на вопрос, относящийся к правомочному иммиграционному статусу, пользуйтесь списком, приведенным на стр. 14 этого руководства. Если вы найдете статус такого лица в этом списке, отметьте ответ «ДА».

Примечание: Список, приведенный на стр. 14, предназначен исключительно в качестве справочной информации. То или иное лицо может иметь право на неотложные услуги даже в том случае, если его иммиграционный статус не указан в списке на стр. 14. Если такое лицо не имеет правомочного иммиграционного статуса, или если его статус не документирован, оно все еще может иметь право на неотложные услуги. К числу неотложных услуг относятся услуги, связанные с беременностью и родами.

16. Сообщите, какую организацию координированного медицинского обслуживания (CCO) предпочитает это лицо

Организация координированного медицинского обслуживания (CCO) — 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.

Перечень организаций CCO, обслуживающих ваш район, а также дополнительные сведения об этих организациях, можно найти на сайте **OHP.Oregon.gov**.

Если указанное лицо является членом индейского племени и не выбирает организацию CCO, оно будет застраховано, но за ним не будет закреплена какая-либо обслуживающая организация до тех пор, пока это лицо не решит зарегистрироваться в качестве пациента организации CCO. Если указанное лицо не является членом индейского племени, организация CCO будет выбрана для такого лица в зависимости от того, в каком районе оно проживает.

Лица, за которыми не закреплена какая-либо обслуживающая организация, могут обращаться в любое медицинское учреждение, обслуживающее участников программы OHP.

Советы по выбору организации координированного обслуживания (CCO)

- Позвоните тому врачу или в ту клинику, которые обслуживают указанное лицо в настоящее время (если оно пользуется услугами врача или клиники). Спросите, к какой организации CCO относится этот кабинет врача или эта клиника.
- Узнайте, находятся ли входящие в эту организацию CCO обслуживающие учреждения в том районе, где проживает указанное лицо.
- Узнайте, какие организации CCO обслуживают район, где проживает указанное лицо. Позвоните в организации CCO или посетите их сетевые сайты, чтобы узнать, какие врачи, практикующие медсестры, клиники, больницы, аптеки, стоматологи и психиатры входят в сеть обслуживания организаций CCO.
- Номера телефонов и адреса сайтов всех организаций CCO можно найти на сайте **OHP.Oregon.gov**.
- Позвоните в отдел обслуживания клиентов организации CCO, чтобы узнать, по каким правилам ее клиенты могут посещать врачей-специалистов.

16. Сообщите, какую организацию координированного медицинского обслуживания (ССО) предпочитает это лицо

Информация о племенной принадлежности

Американские индейцы, коренные жители Аляски и люди, имеющие доступ к медицинским услугам Индейской службы здравоохранения, могут по желанию регистрироваться в ССО (там, где это возможно). В случае их регистрации в ССО они могут по-прежнему пользоваться медицинскими услугами Индейской службы здравоохранения, городскими программами для индейцев и услугами племенных медицинских клиник.

Согласно нашему определению, к числу американских индейцев и коренных жителей Аляски относятся:

- члены признанного федеральным правительством индейского племени или группы индейцев;
- эскимосы, алеуты и другие коренные жители Аляски, зарегистрированные министром внутренних дел США в соответствии с законом «Об урегулировании претензий коренного населения Аляски», 43 U.S.C. 1601;
- лица, по какой-либо причине рассматриваемые министром внутренних дел США в качестве индейцев.

Если указанное лицо соответствует какому-либо из приведенных выше определений и желает зарегистрироваться в ССО, оно должно сообщить нам, в какую организации ССО оно желает выбрать.

Программа Medicare

Если это лицу застраховано по программе Medicare, ему не нужно выбирать ССО. Оно может в любое время подать запрос о его страховании без назначения ему какой-либо определенной организации ССО. Убедитесь также в том, что обслуживающее учреждение принимает пациентов, застрахованных по программе Medicare, так как по программе Medicare услуги оплачиваются в первую очередь, до того, как они оплачиваются по программе OHP. Позвоните нам по тел. 1-800-699-9075 (телетайп: 711), если у вас возникнут какие-либо вопросы по этому поводу.

17. Основной опекун

То или иное лицо может иметь право на страхование по программе OHP, если оно является основным опекуном ребенка в возрасте до 19 лет, не являющегося его собственным ребенком. Такой ребенок должен проживать вместе с опекуном и являться его родственником. Основной опекун — лицо, несущее основную ответственность за уход за ребенком.

18. Неоплаченные медицинские счета

Нуждается ли указанное лицо в помощи, относящейся к оплате каких-либо счетов за медицинские услуги, выставленных ему на протяжении последних трех месяцев? Если это так, такое лицо может иметь право на помощь по программе OHP в оплате таких счетов, выставленных не более чем за три месяца до подачи заявки им заявки.

«Счетами за медицинские услуги» в данном случае называются подлежащие оплате счета, в которых указаны:

- стоимость услуг, предоставленных врачом или стоматологом;
- стоимость слуховых аппаратов, очков или других медицинских материалов или устройств долгосрочного пользования;
- стоимость лекарств и медикаментов, прописанных врачом;
- стоимость больничного обслуживания;
- суммы взносов за медицинское страхование, сборов, доплаты, удерживаемые суммы и прочие причитающиеся выплаты;
- стоимость перевозки в медицинские учреждения.

Примечание: по программе OHP стоимость медицинских услуг оплачивается только **обслуживающим учреждениям**. По программе OHP пользователю услуг не возвращаются какие-либо суммы, уже выплаченные по счетам.

21/22/23. Вопросы, связанные с ограничением возможностей

Некоторые лица с ограниченными возможностями имеют право на дополнительное медицинское страхование. Если такое лицо получает дополнительный доход из фонда социального обеспечения (SSI), участвует в программе Medicare или достигло 65-летнего возраста, работники программы для престарелых и лиц с ограничениями возможностей (APD) или районного агентства по обслуживанию престарелых (AAA) могут прислать вам информацию о других льготах.

ЭТАП 2

На этапе 2, пожалуйста, отвечайте на вопросы, относящиеся к лицам, перечисленным вами в вашей заявке «Возобновление страхования OHP — часть 1».

1. Изменился ли адрес места вашего проживания?

Если адрес места вашего проживания изменился, пожалуйста, сообщите нам ваш новый адрес, если он у вас есть. Не забудьте указать ваш почтовый индекс. Для того, чтобы мы могли зарегистрировать вас в качестве участника программы медицинского страхования, обслуживающей ваш район, нам должны быть известны ваш почтовый индекс и адрес места вашего проживания.

Если у вас нет адреса места проживания, пожалуйста, сообщите нам, в каком штате и в каком округе (с указанием почтового индекса) вы проводите бóльшую часть времени.

2. Изменился ли ваш почтовый адрес?

Если ваш почтовый адрес изменился, пожалуйста, сообщите нам ваш новый адрес, если он у вас есть. Укажите свой почтовый адрес:

- если вы не получаете почту по адресу места вашего проживания; или
- если у вас нет адреса места проживания; или
- если вас беспокоит вопрос об обеспечении вашей безопасности, в том числе в связи с насилием в семье.

Примечание: Вашим почтовым адресом может быть любой адрес, по которому вы можете получать почту. Таким адресом может быть адрес друга, родственника, организации и т. п.

5. Есть ли в вашей семье беременные?

Если вам не известна ожидаемая дата родов, укажите наиболее вероятную или примерную дату. Если вам известно число ожидаемых детей, укажите его. Если вам это число не известно, не заполняйте эту графу; в таком случае правомочность детей будет определяться на основе того допущения, что родится один (1) ребенок. Если ожидаемая дата родов или ожидаемое число детей изменится, вы можете позвонить нам и сообщить об этом.

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

Вы можете изменить выбор организации CCO в процессе возобновления вашего страхования.

Перечень организаций CCO, обслуживающих ваш район, а также дополнительные сведения об этих организациях, можно найти на сайте **OHP.Oregon.gov**.

Советы по выбору организации координированного обслуживания (CCO)

- Позвоните своему врачу или в клинику, обслуживающую вас в настоящее время (если вы пользуетесь их услугами). Спросите, к какой организации CCO относится этот кабинет врача или эта клиника.
- Узнайте, находятся ли обслуживающие учреждения, входящие в организацию CCO, в том районе, где вы живете.
- Позвоните в организации CCO или посетите их сетевые сайты, чтобы узнать, какие врачи, практикующие медсестры, клиники, больницы, аптеки, стоматологи и психиатры входят в сеть обслуживания организаций CCO.
- Позвоните в отдел обслуживания клиентов организации CCO, чтобы узнать, по каким правилам ее клиенты могут посещать врачей-специалистов.

Примечание: Если вы — американский индеец, коренной житель Аляски или участник программы Medicare, вы можете зарегистрироваться в CCO, изменить выбор CCO или отменить свою регистрацию в CCO в любое время.

ЭТАП 3

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

   См. на стр. 2 информацию о том, кого следует указывать в составе вашей семьи.

   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.)

   Мы не можем отвечать на конкретные вопросы о том, как следует заполнять налоговые декларации. Чтобы обсудить вопросы, относящиеся к заполнению налоговых деклараций, посетите сайт **IRS.gov** или проконсультируйтесь со специалистом по налогообложению.

   Если вы живете отдельно от своего супруга или от своей супруги и не знаете, как ваш супруг или ваша супруга заполняет налоговые декларации —

   Если вы живете отдельно от своего супруга или от своей супруги и не знаете, как ваш супруг или ваша супруга заполняет налоговые декларации — даже если в прошлом вы заполняли декларации как «совместно проживающие супруги», отвечайте на относящиеся к налогам вопросы в соответствии с тем, как вы сами будете заполнять налоговую декларацию за текущий год. Если вы не будете заполнять налоговую декларацию сами, сообщите нам об этом.
   Если вам известно, что ваш супруг или ваша супруга указывает вас в своей федеральной налоговой декларации, значит, вы и ваш супруг или ваша супруга входите в одну и ту же группу налогоплательщиков. В своей заявке вы должны указывать всех лиц, входящих в вашу группу налогоплательщиков.

ЭТАП 4

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.

Мы должны получить информацию о доходах всех лиц, входящих в состав вашей семьи. См. на стр. 2 информацию о том, кого следует указывать в составе вашей семьи. Если вы не добавляете каких-либо новых лиц, входящих в состав вашей семьи, и информация о ваших доходах и вычетах не изменилась с тех пор, как вы подали заявку в прошлом году, ответьте «Нет» на вопросы этапа 4.

ВАЖНОЕ НАПОМИНАНИЕ: предоставление документального доказательства

Предоставив документальное доказательство доходов вместе с заявкой на возобновление страхования, вы поможете нам рассмотреть вашу заявку быстрее. Пожалуйста, предоставьте документальное доказательство:

- если ваш доход изменился за последние два месяца, или если вы ожидаете, что он изменится в течение следующего месяца;
- если вы самостоятельно заняты.

Если вы не пришлете нам документальное подтверждение, и оно нам потребуется, вы получите от нас дополнительное письмо.

Если отправленное вами документальное подтверждение не соответствует сумме, указанной вами на этапе 4, поясните причину такого несоответствия. Например, «в предоставленная мной платежной квитанции указывается мой доход за прошлый месяц, а в этом месяце я работал меньше» или «я самостоятельно занят, и в прошлом месяце я работал больше».

В отношении каждого отправленного вами документального доказательства дохода указывайте имя, фамилию и дату рождения лица, получившего этот доход.

1. **Должно ли какое-либо из лиц, перечисленных в вашей форме «Возобновление страхования OHP», 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?**

   Пожалуйста, сообщите нам, сколько денег зарабатываете в настоящее время вы и любое другое лицо, входящее в состав вашей семьи. См. на стр. 2 информацию о том, кого следует указывать в составе вашей семьи.

   Пожалуйста, указывайте ваш доход, полученный **до** вычета каких-либо налогов и каких-либо других сумм. Если сумма ваших заработков изменяется еженедельно, укажите сумму, которую вы ожидаете заработать за весь месяц, или сумм, которую вы зарабатываете с учетом усредненного числа часов вашей работы в настоящее время.

   В качестве документальных доказательств дохода вы можете посылать, например, корешки последних полученных вами чеков или письмо вашего работодателя.

ЭТАП 4

2. Должно ли какое-либо из лиц, перечисленных вами в форме «Возобновление страхования OHP», сообщить об изменении его статуса самостоятельной занятости, ИЛИ указано ли в составе вашей семьи какое-либо новое лицо, получающее доход от самостоятельной занятости?

Пожалуйста, сообщите нам, сколько денег вы и любые другие лица, входящие в состав вашей семьи, зарабатываете в настоящее время в качестве самостоятельно занятых лиц. См. на стр. 2 информацию о том, кого следует указывать в составе вашей семьи.
Пожалуйста, указывайте ваш доход, полученный **до** вычета каких-либо расходов, связанных с коммерческой деятельностью, и каких-либо других сумм. Более подробные сведения о самостоятельной занятости, прибылях и расходах, которые можно вычитать из суммы дохода, см. на сайте **IRS.gov/individuals/Self-Employed**. Пожалуйста, пришлите документальное доказательство любых изменений условий вашей самостоятельной занятости.

В качестве документальных доказательств вы можете посылать, например,

- Формы налогового отчёта. Вы можете предоставить формы налогового отчета за предыдущий год. Например, если вы ещё не заполнили налоговую декларацию за 2015 год, вы можете выслать формы налогового отчёта за 2014 год (заполненный в 2015 году). Если размер вашего дохода за прошлый год отличается от размера дохода в этом году, приложите объяснение, почему это произошло. Например, «В этом году у меня было меньше клиентов».
- Копии бухгалтерских записей, копии договоров, копии трудовых соглашений и товарных чеков.
- Счета-фактуры, если на них указаны даты получения платежа вашей компанией.
- Календарь с указанием дат и размеров платежей, полученных вашей компанией.
- Заявления от ваших клиентов, написанные от руки, указывающие сумму оплаты или даты оплаты.

3. Должно ли какое-либо из лиц, указанных в вашей форме «Возобновление страхования OHP», 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)?

Пожалуйста, сообщите нам о доходах, получаемых в настоящее время вами или любыми другими лицами, входящими в состав вашей семьи, из других источников (не связанных с работой). См. на стр. 2 информацию о том, кого следует указывать в составе вашей семьи.

Не указывайте суммы поддержки детей, доход от опеки приемных детей, выплаты, получаемые демобилизованными военнослужащими, пособия по программе временного вспомоществования нуждающимся семьям (TANF) и 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 OHP; 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».

Например, в качестве документальных доказательств дохода вы можете присылать корешки чеков, письма, подтверждающие присуждение сумм, и другие письменные доказательства.

4. Пользуется ли какое-либо из лиц, указанных вами в форме «Возобновление страхования OHP», 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)?

Пожалуйста, сообщите нам о льготах фонда социального обеспечения (SSB) или страховых льготах фонда социального обеспечения для лиц с ограниченными возможностями (SSDI), которыми вы или какие-либо другие лица, входящие в состав вашей семьи, пользуетесь в настоящее время. Пожалуйста, указывайте как облагаемые налогами, так и не облагаемые налогами суммы. См. на стр. 2 информацию о том, кого следует указывать в составе вашей семьи.

Например, в качестве документальных доказательств дохода вы можете присылать корешки чеков, письма, подтверждающие присуждение сумм, и другие письменные доказательства.

5. Должно ли какое-либо из лиц, указанных вами в форме «Возобновление страхования OHP», 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?

Сообщите нам о любых вычетах, которые вы или какие-либо другие лица, входящие в состав вашей семьи, указываете в вашей федеральной налоговой декларации. См. на стр. 2 информацию о том, кого следует указывать в составе вашей семьи.

Как правило, если вы запрашиваете кредит, заполняя федеральную налоговую декларацию, вы не можете вычитать соответствующую сумму в качестве расхода, понесенного в том же году налогообложения. Дополнительные сведения можно получить, посетив сайт **www.IRS.gov**.

ЭТАП 4

Как правило, если вы запрашиваете кредит, заполняя федеральную налоговую декларацию, вы не можете вычитать соответствующую сумму в качестве расхода, понесенного в том же году налогообложения. Дополнительные сведения можно получить, посетив сайт **www.IRS.gov**.

Вычитаются из суммы облагаемого налогами дохода, например, суммы алиментов, процентов, выплачиваемых по студенческому займу, расходов преподавателя, платы и сборов, взимаемых образовательными учреждениями, а также доходов американских индейцев и коренных жителей Аляски.

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** или проконсультируйтесь со специалистом по налогообложению.

ЭТАП 5 Другое медицинское страхование

1. **Изменилось ли медицинское страхование кого-либо из лиц, указанных вами в форме «Возобновление страхования OHP» таким образом, что это лицо использует или получило возможность или право на медицинское страхование (за исключением медицинского страхования по программе OHP), ИЛИ указано ли вами в составе вашей семьи какое-либо новое лицо, использующее или имеющее возможность или право на такое медицинское страхование?**

   К числу других видов медицинского страхования относятся:

   - частное медицинское страхование, оплачиваемое вами или какой-либо другой стороной, в том числе страхование, обеспечиваемое по приказу суда;
   - страхование, которое вам предоставляет или может предоставить работодатель;
   - страхование, обеспечиваемое отсутствующим родителем;
   - страхование, обеспечиваемое в качестве пенсионной льготы (например, страхование военнослужащего);
   - страхование, обеспечиваемое образовательным учреждением;
   - любое другое страхование, даже если вы не можете получать доступ к застрахованным услугам в том районе, где вы живете;
   - льготное страхование по программе Medicaid или по программе медицинского страхования детей (CHIP), обеспечиваемое правительством другого штата.

ЭТАП 6

Если ваш работодатель предлагает медицинское страхование, пожалуйста, заполните раздел «Этап 6». Если у вас возникнут вопросы о том, как следует заполнять этот раздел формы, пожалуйста, обратитесь к своему работодателю.

Если кто-либо из проживающих вместе с вами лиц застрахован работодателем и получит право на участие в программе OHP, правительство штата Орегон может возвращать вам часть суммы, выплачиваемой вами в качестве страховых взносов. Пожалуйста, заполните раздел «Этап 6» для того, чтобы мы могли определить, имеете ли вы право на возврат части страховых взносов. Если нам потребуется дополнительная информация, мы с вами свяжемся.

ЭТАП 7

Подписывая заявку на возобновление страхования, вы тем самым соглашаетесь со всеми заявлениями, содержащимися в разделе «Этап 7».
Вы имеете право:

- задавать вопросы о наших программах, выплатах и услугах;
- обсуждать вопросы с ответственным лицом;
- требовать письменного подтверждения получения предоставленных вами документов;
- узнавать о решении, принятом по вопросу о вашей правомочности, в течение 45 дней;
- подавать апелляцию, если вы не согласны с решением, указанным в «Уведомлении о правомочности».;
- вы можете подать апелляцию в течение 90 дней, начиная с даты, указанной в «Уведомлении о правомочности»; с этой целью вы должны использовать форму запроса о проведении административного слушания (MSC 0443); вы можете найти эту форму на сайте по адресу **https://apps.state.or.us/Forms/Served/mr0443.pdf** или запросить ее по телефону;
- сообщать персоналу обслуживающих медицинских учреждений, имеется ли у вас другая медицинская страховка; прежде чем выставлять счет за ваше медицинское обслуживание организации OHP, они должны выставить счет другой страховой компании;
- подавать заявки на другие льготы и денежные пособия, на которые вы имеете право, и пользоваться ими; это относится также к другим лицам, от имени которых вы получаете помощь;
- разрешать передачу ваших записей, относящихся к поддержке детей, департаментом юстиции и отделом поддержки детей Управлению здравоохранения штата Орегон (OHA) от имени организации OHP;
- все, что вы сообщаете управлению OHA, хранится *в тайне* и рассматривается как *конфиденциальная* информация. Управление здравоохранения штата Орегон (OHA) действует в соответствии с «Уведомлением о методах обеспечения конфиденциальности», содержащимся в конце этого руководства.

Сотрудничество со стороной, оказывающей медицинскую поддержку

Соглашаясь пользоваться медицинской помощью, вы тем самым разрешаете персоналу программы поддержки детей правительства штата Орегон обеспечивать по суду предоставление медицинской поддержки отсутствующим родителем ребенка (родителем, не проживающим вместе с ребенком). В частности, вы соглашаетесь сотрудничать с персоналом программы поддержки детей в том, что относится к обеспечению денежной медицинской поддержки и медицинского страхования, способствующему оплате расходов на медицинское обслуживание вашего ребенка отсутствующим родителем.

Вы обязаны помогать персоналу программы поддержки детей определять местонахождение отсутствующего родителя, если нет уважительной причины для отказа от предоставления такой помощи (например, вызванной насилием в семье). В последнем случае предоставляется так называемое «исключение по уважительной причине». Если будет решено, что вы обязаны сотрудничать с персоналом программы поддержки детей с тем, чтобы обеспечивалась, в том числе по суду, поддержка детей, и вы откажетесь сотрудничать, вы можете потерять право на медицинское вспомоществование.

Для того, чтобы подать запрос о предоставлении вам «исключения по уважительной причине», или в том случае, если у вас возникнут вопросы, относящиеся к «уважительным причинам», позвоните нам по тел. 1-800-699-9075 (телетайп: 711). Наличие «уважительной причины» означает, что сотрудничество с персоналом отдела поддержки детей может создать угрозу для вашей безопасности или для безопасности ваших детей.

Возмещение за счет наследства

Программа возмещения за счет наследства предназначена для клиентов, пользующихся долгосрочным уходом. В рамках этой программы, когда участник программы Medicaid умирает, в некоторых, ограниченных законами обстоятельствах Управление здравоохранения штата Орегон (OHA) возмещает за счет наследства участника программы некоторые или все денежные суммы, израсходованные на оплату долгосрочного ухода, поддержку и медицинские льготы. Денежные суммы, возмещенные за счет наследства в рамках этой программы, переводятся на счета Управления здравоохранения штата Орегон (OHA) и департамента социального обслуживания (DHS) и используются в целях оказания помощи другим людям.

Как осуществляется эта программа (начиная с 1 октября 2013 г.)? *Сведения об уходе, предоставлявшемся до 1 октября 2013 г., можно получить, обратившись в отдел распоряжения наследственным имуществом департамента социального обслуживания.*

Если клиент находился в приюте, предоставляющем медицинский уход или промежуточный уход лицам с ограниченными интеллектуальными возможностями или задержками развития в течения как минимум шести месяцев непосредственно перед смертью:

- работники программы возмещения за счет наследства стремятся возместить только стоимость тех льготных услуг, которые предоставлялись учреждением, в котором клиент проживал до тех пор, пока ему не исполнилось 55 лет.

Если клиент пользовался льготами по программе Medicaid с целью полной или частичной оплаты стоимости долгосрочного ухода:

- работники программы возмещения за счет наследства стремятся возместить стоимость **всех** льготных медицинских услуг, в том числе предусмотренных программой OHP, а также стоимость долгосрочного ухода, предоставлявшихся в то время, когда клиент пользовался льготами в процессе полной или частичной оплаты зарегистрированного долгосрочного ухода после того, как ему исполнилось 55 лет. В объем льгот, предусмотренных программой OHP, могут входить услуги, оплачиваемые по мере их предоставления или посредством выплаты ежемесячных взносов организации координированного обслуживания (CCO).

* *К долгосрочному уходу относятся услуги, учреждений для лиц, нуждающихся в повседневной помощи и в постоянном уходе, домов престарелых и учреждений, предоставляющих уход на дому, медицинский уход или промежуточный уход за лицами с ограниченными интеллектуальными возможностями или задержками развития, а также других сходных учреждений, предоставляющих долгосрочный уход.*

Страхование рецептурных лекарств в соответствии с частью D программы Medicare

Федеральное правительство взимает с Управления здравоохранения штата Орегон (OHA) ежемесячную плату за страхование рецептурных лекарств в соответствии с частью D программы Medicare в отношении клиентов, одновременно участвующих в программах OHP и Medicare. Управление OHA может возмещать эту сумму за счет наследства таких клиентов. Выплаты федеральному правительству, произведенные начиная с 1 января 2014 г., подлежат возмещению только в том случае, если клиент достиг 55-летнего возраста к тому времени, когда производились эти выплаты.

Супруги и дети, пережившие клиента

В рамках программы возмещения за счет наследства не взыскиваются за счет наследства какие-либо суммы до тех пор, пока не умрет супруг или супруга клиента. После смерти супруга или супруги клиента сумма возмещения может взыскиваться за счет наследства супруга или супруги клиента. В рамках программы возмещения за счет наследства не взыскиваются за счет наследства какие-либо суммы, если клиента пережил ребенок моложе 21 года, слепой ребенок или ребенок, у которого наблюдается полное и необратимое ограничений возможностей. Ограничение возможностей должно соответствовать критериям полного и необратимого ограничения возможностей, установленным Управлением социального обеспечения США. Таким ребенком должен быть кровный или законный приемный ребенок участника программы Medicaid.

Для того, чтобы получить информацию о том, как совместное проживание однополых партнеров или брак однополых лиц может повлиять на возмещение за счет наследства, обратитесь в отдел распоряжения наследством.

Исключения, предоставляемые в затруднительных обстоятельствах

Любое лицо, унаследовавшее активы клиента, может подать запрос об отказе Управление здравоохранения штата Орегон (OHA) от права на возмещение за счет наследства, если такое лицо удовлетворяет критериям предоставления исключения в затруднительных обстоятельствах. Инструкции о том, как следует подавать запрос о предоставлении такого исключения, содержатся в пакете документации, которую отдел возмещения за счет наследства рассылает, когда начинается процесс возмещения.

DHS Estate Administration Unit
PO Box 14021
Salem, OR 97301

1-800-826-5675
(бесплатно для звонков из штата Орегон)
503-378-2884
По факсу: 503-378-3137 (в Сэлеме)

Правомочный иммиграционный статус

- Законный постоянный житель США (владелец «зеленой карточки»)
- Лицо, получившее политическое убежище
- Беженец
- Лицо, въехавшее в США из Кубы или Гаити
- Лицо, получившее условное разрешение на въезд в США
- Лицо, получившее условное разрешение на въезд в США до 1980 г.
- Подвергавшиеся насилию в семье супруга, супруг, ребенок или родитель
- Жертва торговли людьми, ее супруг или супруга, ребенок, брат, сестра или родитель
- Лицо, не имеющее статуса иммигранта (в том числе находящееся в США по рабочей или студенческой визе либо являющееся гражданином в Микронезии, на Маршалловых островах или на острове Палау)
- Лицо, имеющее статус временно защищенного лица (TPS)
- Лицо, принудительная депортация которого отсрочена (DED)
- Лицо, принятие мер по отношению к которому отсрочено (в случаях отсрочки по причине прибытия детей (DACA) иммиграционный статус, предусматривающий право на подачу заявок на медицинское страхование, не предоставляется)
- Некоторые лица, предъявившие документы, подтверждающие разрешение на трудоустройство
- Зарегистрированные заявители:
  - лица, ожидающие судебного приказа о проживании под наблюдением;
  - лица, подавшие заявление с просьбой об отмене высылки или отсрочке депортации;
- лица, в отношении которых высылка или депортация были отменены в соответствии с иммиграционным законодательством или в соответствии с Конвенцией о запрещении пыток (CAT).
- Заявители:
  - лица, подавшие заявление с просьбой о предоставлении особого иммиграционного статуса для несовершеннолетних;
  - лица, подавшие заявление с просьбой о коррекции статуса законного постоянного жителя США совместно с утвержденным ходатайством об оформлении визы;
  - жертвы торговли людьми, подавшие заявление с просьбой о предоставлении визы;
  - лица, подавшие заявление с просьбой о предоставлении политического убежища, ранее получившие разрешение на трудоустройство или не достигшие 14-летнего возраста, заявление которых с просьбой о предоставлении политического убежища рассматривалось на протяжении как минимум 180 дней;
  - лица, подавшие заявление с просьбой об отмене высылки или депортации в соответствии с иммиграционным законодательством или в соответствии с Конвенцией о запрещении пыток (CAT), ранее получившие разрешение на трудоустройство или не достигшие 14-летнего возраста, заявление которых с просьбой об отмене высылки или депортации рассматривалось на протяжении как минимум 180 дней.
- Лица, законно временно проживающие в США
- Лица, получившие разрешение министерства национальной безопасности США (DHS) на административную отсрочку высылки

- лица, подавшие заявление с просьбой о легализации их статуса в соответствии с законом США «О реформе и контроле иммиграции» (IRCA);
- лица, подавшие заявление с просьбой о предоставлении им статуса временно защищенных лиц (TPS);
- лица, ожидающие легализации их статуса в соответствии с законом США «О справедливой законной иммиграции семей» (LIFE);

- Члены признанного федеральным правительством индейского племени или американские индейцы, родившиеся в Канаде
- Жители Американского Самоа

Продолжение списка определений правомочного иммиграционного статуса и документов, предоставляющих такой статус, см. на следующей странице.

Тип иммиграционного документа и идентификационный номер документа

Некоторые типы наиболее распространенных документов и их идентификационных номеров см. в приведенном ниже списке. Если имеющийся у вас документ не включен в этот список, вы можете, тем не менее, указать наименование этого документа в своей заявке. Если у вас нет всей требуемой информации, вы можете не отвечать на вопросы, относящиеся к типу документа или к идентификационному номеру документа.

Тип имеющегося у вас документа	Указываемый идентификационный номер документа
Карточка-удостоверение постоянного жителя США («зеленая карточка», I-551)	Регистрационный номер иностранца Номер карточки
Разрешение на повторный въезд (I-327)	Регистрационный номер иностранца
Разрешение на въезд беженца (I-571)	Регистрационный номер иностранца
Разрешение на трудоустройство (I-766)	Регистрационный номер иностранца Номер карточки Дата истечения срока действия Код категории
Автоматически считываемая иммиграционная виза (с текстом временного удостоверения I-551)	Регистрационный номер иностранца Номер паспорта
Печать с текстом временного удостоверения I-551 (в паспорте или в документе I-94/I-94A)	Регистрационный номер иностранца
Запись, подтверждающая прибытие и (или) отбытие (I-94/I-94A)	Номер документа I-94
Запись в иностранном паспорте, подтверждающая прибытие и (или) отбытие (I-94)	Номер документа I-94 Номер паспорта Дата истечения срока действия Страна оформления документа
Иностранный паспорт	Номер паспорта Дата истечения срока действия Страна оформления документа
Свидетельство правомочности статуса студента, не являющегося иммигрантом (I-20)	Идентификационный номер, присвоенный в рамках программы студенческого обмена (SEVIS)

Свидетельство правомочности статуса лица, находящегося в США по программе студенческого обмена (DS2019)	Идентификационный номер, присвоенный в рамках программы студенческого обмена (SEVIS)
Уведомление о принятой мере (I-797)	Регистрационный номер иностранца или номер документа I-94
Прочее	Регистрационный номер иностранца или номер документа I-94 Описание типа документа или наименование документа

Продолжение списка определений правомочного иммиграционного статуса и документов, предоставляющих такой статус, см. на следующей странице.

Тип иммиграционного документа и идентификационный номер документа (продолжение)

Кроме того, вы можете указывать следующие документы или определения статуса

- Удостоверение члена признанного федеральным правительством индейского племени или американского индейца, родившегося в Канаде (примечание: такой документ считается подтверждающим иммиграционный статус, предоставляющий право на участие в программе Medicaid, но не статус полномочного участника программы медицинского страхования (QHP)).
- Письмо из Управления жилищного обеспечения беженцев (ORR), подтверждающее правомочность (лица, не достигшего 18-летнего возраста)
- Документ, подтверждающий отмену высылки
- Административный приказ, подтверждающий отсрочку высылки, оформленный министерством национальной безопасности (DHS)
- Свидетельство, оформленное Управлением жилищного обеспечения беженцев (ORR) министерства здравоохранения и социального обслуживания США (HHS)
- Лицо, въехавшее в США из Кубы или Гаити
- Жители Американского Самоа

Уведомление Управления здравоохранения штата Орегон (OHA) о методах обеспечения конфиденциальности

Oregon Health Authority

ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРЕМИАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ

500 Summer St. NE, E-24 Salem, OR 97301
Телефон: 503-945-5780
Электронная почта: dhs.privacyhelp@state.or.us
www.oregon.gov/OHA/Pages/index.aspx

Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

В этом уведомлении описано, как медицинская информация о Вас может использоваться и раскрываться, а также как Вы можете получать доступ к этой информации. **Пожалуйста, внимательно изучите этот документ.**

Ваши права

Вы имеете право:

- Получить копию Ваших медицинской карты и истории страховых требований;
- Корректировать Ваши медицинскую карту и историю страховых требований;
- Требовать конфиденциальности общения;
- Просить, чтобы мы ограничили раскрываемую информацию;
- Получить список лиц и учреждений, которым мы предоставили Ваши данные;
- Получить копию этого уведомления о конфиденциальности;
- Выбрать представителя, который будет действовать от Вашего имени;
- Подать жалобу, если Вы считаете, что Ваши права на неприкосновенность личной жизни были нарушены.

» *Более подробная информация об этих правах и о том, как их осуществлять,* указана на **стр. 2.**

Ваш выбор

В некоторых случаях Вы можете определить то, каким образом мы будем использовать Вашу информацию и обмениваться ей при:

- Предоставлении ответов о страховании Вашим семье и друзьям;
- Предоставлении помощи в случаях стихийных бедствий;
- Рекламе наших услуг и продаже Вашей информации.

» *Более подробная информация о таком выборе и о том, как его сделать,* приведена на **стр. 3.**

Использование и раскрытие информации

Мы можем использовать Вашу информацию и предоставлять ее другим сторонам в следующих случаях:

- Оказание помощи по управлению получаемым Вами медицинским обслуживанием;
- Управление нашей организацией;
- Оплата Вашего медицинского обслуживания;
- Администрирование Вашего медицинского плана;
- Помощь при решении вопросов, связанных с общественным здравоохранением и безопасностью;
- Проведение исследований;
- Обеспечение соответствия законодательству;
- Предоставление ответов на запросы о донорстве органов и тканей, а также сотрудничество с медицинскими экспертами и уполномоченными лицами похоронных бюро;
- Обеспечение компенсаций работникам, получившим травму на работе, исполнение законов и выполнение других государственных требований;
- Реагирование на судебные иски.

» *Более подробная информация о выборе и о том, как его сделать,* приведена на **стр. 3 и 4.**

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

Ваши права

У Вас есть определенные права в отношении Вашей медицинской информации.

В этом разделе объяснены Ваши права и некоторые из Ваших обязанностей.

Получение копии Ваших медицинской карты и истории страховых требований;

- Вы можете посмотреть или получить копию Вашей медицинской карты и истории страховых требований, а также другой Вашей медицинской информации, имеющейся у нас. Спросите у нас, как это сделать.
- Обычно мы предоставляем копию или выписку из медицинской карты и истории страховых требований в течение 30 дней с момента запроса. За эту услугу может взиматься разумная плата, соответствующая нашим затратам.

Просьба о коррекции медицинской карты и истории страховых требований

- Вы можете попросить, чтобы мы внесли коррективы в Вашу медицинскую карту и историю страховых требований, если Вы считаете, что они неверны или являются неполными. Спросите у нас, как это сделать.
- Мы можем отказать Вам в этом, но в этом случае мы в течение 60 дней предоставим Вам объяснение в письменном виде.

Требование конфиденциальности общения

- Вы можете обратиться с просьбой связываться с Вами определенным образом (например, по домашнему или рабочему телефону) либо направлять почтовую корреспонденцию по другому адресу.
- Мы рассматриваем все разумные просьбы. Мы обязаны согласиться, если Вы укажете, что в противном случае Вы окажетесь в опасности.

Просьба об ограничении используемой и предоставляемой другим сторонам информации

- Вы можете попросить, чтобы мы **не** использовали и **не** предоставляли другим сторонам определенную медицинскую информацию для лечения, оплаты или в целях нашей деятельности.
- Мы не обязаны удовлетворять такой запрос, и в случае, если это повлияет на Ваше обслуживание, мы можем отказать Вам в этом.

Получение списка лиц и учреждений, которым мы предоставили Ваши данные

- Вы можете попросить, чтобы мы предоставили Вам список (отчет) тех случаев, когда мы предоставляли Вашу медицинскую информацию, за период длительностью в шесть лет, предшествующих дате направления такой просьбы, с указанием лиц и организаций, которым такая информация была предоставлена, а также с указанием причин.
- Мы укажем все случаи раскрытия Вашей информации, связанных с лечением, оплатой и деятельностью по медицинскому обслуживанию, а также некоторые другие случаи раскрытия информации (например, когда Вы просили раскрыть Вашу информацию кому-либо). Мы предоставляем один бесплатный отчет в год. В случае, если Вы запросите еще один отчет в течение 12 месяцев, мы потребуем за это разумную плату в соответствии с нашими затратами.

Получение копии этого уведомления о конфиденциальности

- Вы можете в любое время попросить бумажную копию этого уведомления, даже если Вы согласились получить уведомление в электронном виде. Мы в ближайшее время предоставим Вам бумажную копию.

Выбор представителя, который будет действовать от Вашего имени

- Если Вы предоставили кому-либо медицинскую доверенность или кто-либо является Вашим законным опекуном, этот человек может осуществлять Ваши права и принимать решения в отношении Вашей медицинской информации.
- Мы проследим, чтобы этот человек мог пользоваться своим правом действовать от Вашего имени, прежде чем мы осуществим какие-либо действия.

Подача жалобы, если Вы считаете, что Ваши права были нарушены

- Вы можете подать жалобу, если Вы считаете, что мы нарушили Ваши права. Чтобы сделать это, свяжитесь с нами, используя информацию на стр. 1.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социальных служб США, направив письмо по адресу U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру 1-877-696-6775 или пройдя по ссылке **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.**
- Мы не будем принимать ответные меры в случае, если Вы подадите жалобу.

Ваш выбор

В некоторых случаях Вы можете определить, какую информацию мы будем предоставлять другим сторонам. Если у Вас есть конкретное предпочтение относительно того, каким образом мы будем обмениваться Вашей информацией в описанных ниже случаях, сообщите нам об этом. Расскажите нам о своих пожеланиях, и мы будем следовать предоставленным Вами инструкциям.

Вы имеете право и выбор потребовать, чтобы мы:

- Предоставляли Вашу информацию Вашим семье, близким друзьям и другим лицам, принимающим участие в оплате Вашего медицинского обслуживания;
- Предоставляли Вашу информацию в случае оказания помощи при стихийном бедствии.

Если Вы не можете сообщить о своем предпочтении, например, потому что находитесь без сознания, мы можем предоставить Вашу информацию другим сторонам, если посчитаем, что это в Ваших интересах. Мы также можем предоставлять Вашу информацию другим сторонам, когда это требуется в целях уменьшения серьезной и неминуемой угрозы для Ваших здоровья и безопасности.

В следующих случаях мы никогда не предоставляем другим лицам Ваши данные, если Вы не предоставили нам соответствующего письменного разрешения:

- Реклама;
- Продажа Вашей информации;
- Большинство записей с сеансов психотерапии.

Использование и раскрытие информации

Как мы обычно используем Вашу информацию и предоставляем ее другим сторонам? Обычно мы делаем это в следующих случаях.

Оказание помощи по управлению получаемым Вами медицинским обслуживанием	• Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и предоставлять ее специалистам, занимающимся Вашим лечением.	***Пример:*** *Врач направляет нам информацию о Вашем диагнозе и плане лечения, чтобы мы могли организовать предоставление дополнительных услуг.*
Управление нашей организацией	• Мы можем использовать Вашу информацию и раскрывать ее в целях управления нашей организацией, а также связываться с Вами по мере необходимости. • **Мы не можем использовать генетическую информацию для принятия решения относительно возможности предоставления Вам страхования и определения его стоимости.** Это не относится к планам долговременного ухода.	***Пример:*** *Мы используем Вашу медицинскую информацию, чтобы разрабатывать более качественное обслуживание для Вас.*
Оплата Вашего медицинского обслуживания	• Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию при оплате Вашего медицинского обслуживания.	***Пример:*** *Мы предоставляем Ваши данные Вашему стоматологическому плану в целях координации Вашего стоматологического обслуживания.*
Администрирование Вашего плана	• Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию спонсору Вашего медицинского плана в целях администрирования плана.	***Пример:*** *Ваша компания заключает с нами контракт для предоставления плана здравоохранения, а мы предоставляем Вашей компании определенную статистическую информацию с целью пояснения взимаемых нами премий.*

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

Как еще мы используем Вашу информацию или предоставляем ее другим сторонам?

Мы можем или обязаны предоставлять Ваши данные и в других случаях - обычно в целях общественного блага, например, общественного здравоохранения и проведения исследований. Прежде чем предоставлять Вашу информацию в этих целях, нам необходимо обеспечить соответствие многим законодательным условиям. Более подробная информация доступна по ссылке: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.**

Помощь в отношении общественного здравоохранения и безопасности	• Мы можем предоставлять Вашу медицинскую информацию другим сторонам в некоторых случаях, например: • Профилактика заболеваний; • Помощь в отзыве продукции; • Сообщение о нежелательных реакциях на лекарственные средства; • Сообщение о предполагаемых случаях надругательства, небрежного обращения или домашнего насилия; • Предотвращение или уменьшение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.
Проведение исследований	• Мы можем использовать Вашу информацию или предоставлять ее другим сторонам для проведениях медицинских исследований.
Обеспечение соответствия законодательству	• Мы предоставим Ваши данные, если этого требует федеральное законодательство или законодательство штата, в том числе Министерству здравоохранения и социальных служб, если оно изъявит желание убедиться в том, что мы соблюдаем федеральный закон о неприкосновенности личной жизни.
Предоставление ответов на запросы о донорстве органов и тканей, а также сотрудничество с медицинскими экспертами и уполномоченными лицами похоронных бюро;	• Мы можем предоставить Вашу медицинскую информацию организациям трансплантационной координации. • В случае смерти клиента мы можем предоставлять медицинскую информацию коронеру, медицинскому эксперту или уполномоченному лицу похоронного бюро.
Обеспечение компенсаций работникам, получившим травму на работе, исполнение законов и выполнение других государственных требований	• Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и предоставлять ее: • В целях требований компенсации работнику, получившему травму на работу; • В целях обеспечения правопорядка, а также сотруднику правоохранительных органов; • Агентствам по надзору в сфере здравоохранения в целях осуществления деятельности, предусмотренной законом; • Специальным государственным службам, например, военной службе, службе национальной безопасности и службам охраны президента.
Реагирование на судебные иски	• Мы можем предоставить Вашу медицинскую информацию в ответ на судебное или административное постановление.

I. Департамент здравоохранения штата Орегон (OHA) может использовать или раскрывать охраняемую медицинскую информацию из регистрационных форм в целях определения того, в каких программах
Вы имеете право участвовать или каким страхованием Вам нужно пользоваться.

II. OHA руководствуется требованиями федеральных законов о неприкосновенности личной жизни и соответствующими законами штата, в том числе законами в отношении употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем, а также медицинского лечения и психических заболеваний и их лечения.

III. OHA может использовать и раскрывать историю об употреблении наркотиков, если у лица либо организации, получающего (-ей) такую информацию, имеется специализированной соглашение с OHA.

IV. Если OHA раскроет кому-либо информацию с Вашего согласия, такая информация может не охраняться правилами конфиденциальности, и лицу, получающему эту информацию, может потребоваться обеспечить ее защиту. Такое лицо может раскрыть Вашу информацию кому-либо без Вашего согласия.

ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ? Звоните нам по тел. **1-800-699-9075** (телетайп для тех, кто плохо слышит: 711) (с 7.00 до 18.00, с понедельника по пятницу)
RU OHP 9325 (Rev 08/16)

Наши обязанности

- По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность Вашей охраняемой медицинской информации;
- Мы незамедлительно сообщим Вам о случае нарушения, которое может привести к нарушению конфиденциальности или безопасности Вашей информации.
- Мы обязаны выполнять обязанности и соблюдать порядок обращения с личной информацией, описанные в этом уведомлении, а также предоставить Вам его копию.
- Мы не будем использовать или раскрывать Вашу информацию каким-либо образом, не описанным в этом документе, за исключением случаев, когда Вы предоставляете нам такое разрешение в письменном виде. Дав нам такое разрешение, Вы можете изменить свое решение в любой момент. Если Ваше решение изменится, сообщите нам об этом в письменном виде.

Более подробная информация доступна по ссылке:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Изменения условий этого уведомления

Мы можем изменить условия этого уведомления. Такие изменения применяются ко всей имеющейся у нас информации о Вас. Новое уведомление будет доступно по запросу на нашем веб-сайте, и мы направим Вам копию по почте.

Утверждено Сьюзан Хоффман, COO 2-14-2014

Это Уведомление о порядке обращения с личной информацией применяется к Департаменту здравоохранения штата Орегон и его деловым партнерам, в том числе Управлению социального обеспечения штата Орегон.

Чтобы воспользоваться какими-либо описанными выше правами в отношении личной информации, *Вы можете связаться с местным отделением OHA.*

Чтобы получить это уведомление на другом языке, напечатанным крупным шрифтом, шрифтом Брайля либо в другом формате, *позвоните по номеру 503 -378-3486, отправьте сообщение по факсу на номер 503-373-7690 либо воспользуйтесь сервисом TTY 503-378-3523. Это уведомление доступно на английском языке и в переводе на испанский, русский, вьетнамский, сомалийский, арабский, бирманский, боснийский, камбоджийский, корейский, лаосский, португальский и китайский языки. Также документ можно получить напечатанным крупным шрифтом или шрифтом Брайля.*

OREGON HEALTH AUTHORITY
Privacy Officer
500 Summer Street NE, E-24
Salem, OR 97301
Электронная почта: dhs.privacyhelp@state.or.us
Телефон: 503-945-5780
Факс: 503-947-5396