

# Access NY Дополнение А

## Настоящее Дополнение заполняется всеми заявителями, которые:

- в возрасте 65 лет и старше
- имеют медицинское заключение о слепоте или инвалидности (без ограничений возраста)
- не имеют медицинского заключения об инвалидности, но страдают хроническим заболеванием
- помещены в лечебное учреждение и подают заявление на страховое покрытие пребывания в учреждении по уходу за престарелыми.  
Сюда относится уход в больнице, приравняваемый к уходу, который обеспечивается в учреждении по уходу за престарелыми.

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

### ИНСТРУКЦИИ:

- Необходимо заполнить разделы А – F и подписать настоящее Дополнение.
- Если вы или кто-либо из членов вашего домашнего хозяйства подаете заявление на страховое покрытие пребывания в учреждении по уходу за престарелыми, вы также должны заполнить разделы G – I.

### А. Настоящее Дополнение заполняется для:

Официальная фамилия	Официальное имя	2-й инициал	Номер Social Security	Семейное положение

Примечание. Остальные вопросы предназначены для лица (лиц), указанного выше.

### В. Слепота, инвалидность, хронические заболевания

1. Страдаете ли вы хроническим заболеванием?  Да  Нет  
(Примерами хронических заболеваний могут быть неспособность работать в течение периода не менее 12 месяцев в результате заболевания или травмы или наличие заболевания или нарушения функций организма, обуславливающего потерю трудоспособности, которое длится или предположительно будет длиться 12 месяцев.)

2. Имеете ли вы медицинское заключение о слепоте, выданное Комиссией Commission for the Blind and Visually Handicapped? (Если да, представьте подтверждение).  Да  Нет

3. Если вы являетесь инвалидом и работаете, заинтересованы ли вы в подаче заявления на участие в программе MBI-WPD?  Да  Нет

Программа Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) для работающих инвалидов обеспечивает страховое покрытие по программе Medicaid для работающих инвалидов в возрасте от 16 до 65 лет. Данная программа предусматривает более высокие уровни дохода, чем стандартная программа Medicaid, поэтому работающие инвалиды могут зарабатывать больше и сохранять свои льготы по программе Medicaid.

- С. Проживаете ли вы в доме престарелых или в пансионате с медицинским уходом?  Да  Нет

**D. Ресурсы/активы (отметить соответствующий пункт):**

Вы подаете заявление о страховом покрытии по программе Medicaid, а не о страховом покрытии услуг по месту жительства с долгосрочным уходом. Вы можете подтвердить сумму имеющихся у вас ресурсов. Вы не обязаны представлять документы с информацией о ваших ресурсах. В данное страховое покрытие не включены услуги учреждений по уходу за престарелыми, услуги по обслуживанию на дому или по месту жительства с долгосрочным уходом, указанные ниже.\*

Вы подаете заявление о страховом покрытии услуг по месту жительства с долгосрочным уходом. Вы должны представить документы, свидетельствующие о текущем размере ваших ресурсов.\* Эти услуги предусматривают следующее:

- уход за взрослыми в учреждениях пансионного типа;
- квалифицированный уход на дому в ограниченном объеме;
- услуги индивидуальных сиделок;
- хоспис на базе местных медицинских учреждений;
- программа пребывания в приюте для неизлечимо больных;
- программа проживания с предоставлением частичного ухода;
- программа бытовой помощи по индивидуальным потребностям пациента;
- обслуживание на дому официальным патронажным агентством;
- услуги лечебного пансиона;
- индивидуальная неотложная помощь по вызову;
- индивидуальное обслуживание больных;
- долгосрочное контролируемое медобслуживание по месту жительства;
- отказ от услуг и предоставление прочих услуг на основе программ обслуживания на дому и по месту жительства.

**Примечание. Примерами программ обслуживания на дому и по месту жительства, которые предусматривают отказ от услуг или предоставление прочих услуг, являются программа Traumatic Brain Injury Program и программа Long Term Home Health Care Program.**

Вы помещены в лечебное учреждение и подаете заявление о страховом покрытии пребывания в учреждении по уходу за престарелыми. Вы должны представить документы, свидетельствующие о ваших ресурсах с 1 февраля 2006 года или за последние 60 месяцев, в зависимости от того, какой период короче.

\* Вы можете иметь право на получение услуг по краткосрочной реабилитации. Услуги по краткосрочной реабилитации предусматривают однократное пребывание в любой 12-месячный период в течение 29 дней, идущих подряд, в учреждении по уходу за престарелыми и/или использование услуг, предоставляемых на дому официальным патронажным агентством.

Укажите все ресурсы, которыми владеете вы и/или ваш(а) супруг(-а)/родитель(-и), включая попечительские счета. **В случае подачи заявления о страховом покрытии пребывания в учреждении по уходу за престарелыми, укажите также все счета, закрытые с 1 февраля 2006 год или за последние 60 месяцев, в зависимости от того, какой период короче; приложите сведения об остатке средств на момент закрытия и сообщите, куда остаток средств был переведен, и как он был потрачен. На отдельном листе укажите сведения по каждой операции на сумму 2000 долларов и выше. Примечание.** Программа Medicaid предусматривает сохранение права на проверку всех операций, совершенных в течение прошедшего периода, за который рассматривается осуществление перевода.

**1. Чековые/сберегательные счета/счета в кредитных союзах/депозитные сертификаты (CD):**

Название банка и номер счета	Имя владельца (владельцев)	Текущая сумма в долларах	Остаток на закрытом счете/Дата закрытия
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

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

Номер счета	Имя владельца (владельцев)	Тип/учреждение	Текущая сумма в долларах	Выплата
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

**3. Полисы страхования жизни:**

Страховая компания	Номер страхового полиса	Имя владельца (владельцев)	Денежная стоимость	Номинальная стоимость
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

**4. Аннуитеты, акции, облигации, паевые инвестиционные фонды:**

Имя владельца (владельцев)	Компания	Дата покупки	Стоимость
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

**5. Трастовые счета: Если вы и/или ваш(-а) супруг(-а) являетесь учредителем или бенефициаром траста, представьте копию документа об учреждении траста, включая перечень активов траста.**

Наименование траста	Учредитель траста	Доверенное лицо (лица)	Активы	Бенефициар	Доход
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

**6. Погребальные активы/Погребальные контракты: (приложить копии)**

Имеете ли вы и/или ваш(-а) супруг(-а) предварительно оплаченный договор на погребение, оформленный на вас или другого члена вашей семьи?  Да  Нет

Имеете ли вы и/или ваш(-а) супруг(-а) место для погребения или участок на кладбище, предназначенные для вас или другого члена вашей семьи?  Да  Нет

Имеете ли вы и/или ваш(-а) супруг(-а) денежные средства на банковском счете, составляющие похоронный фонд?  Да  Нет  
 Если **да**, на каком счете(-ах) находятся денежные средства, составляющие похоронный фонд, принадлежащий вам и/или вашему(-ей) супругу(-е)?

Название банка и номер счета	Имя владельца (владельцев)	Сумма
		\$
		\$
		\$

Есть ли у вас полис страхования жизни, который следует использовать в качестве вашего похоронного фонда?  Да  Нет

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

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

Есть ли у вашего(-ей) супруга(-и) полис страхования жизни, который следует использовать в качестве похоронного фонда?  Да  Нет

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

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

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

Имя владельца (владельцев)	Год/марка/модель	Рыночная стоимость	Сумма задолженности	В эксплуатации?
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

### 8. Доля собственного капитала в стоимости жилья:

Если жилье принадлежит вам, какова доля собственного капитала в стоимости жилья? \$ \_\_\_\_\_  
**Примечание.** Доля собственного капитала представляет собой справедливую рыночную стоимость за вычетом непогашенных залогов, ипотечных ссуд и т.д.

### 9. Укажите прочие ресурсы:

Вид ресурсов	Имя владельца (владельцев)	Сумма
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

### E. Недвижимость (кроме основного места проживания)

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

<input type="checkbox"/> Сдаваемая внаем недвижимость	<input type="checkbox"/> Загородный летний дом	<input type="checkbox"/> Таймшер	<input type="checkbox"/> Пустующие земли	<input type="checkbox"/> Прочее недвижимое имущество (в штате Нью-Йорк или за его пределами)
---	--	----------------------------------	--	--

Если **да**, ответьте на следующие вопросы:

Имя и адрес владельца (владельцев)	Адрес объекта недвижимости	Форма собственности (отметить один пункт)	Доля собственного капитала
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$
		<input type="checkbox"/> Единоличное владение <input type="checkbox"/> Совместное владение <input type="checkbox"/> Пожизненное владение	\$

### F. Основное место жительства

1. Владеете ли вы или ваш(-а) супруг(-а) на праве собственности или имеете ли вы имущественное право на ваше жилье, включая право на пожизненное владение недвижимым имуществом?  Да  Нет

2. Если вы помещены в медицинское учреждение и владеете на праве собственности своим жильем, намерены ли вы вернуться домой?  Да  Нет

3. Если **нет**, проживает ли кто-либо у вас дома?  Да  Нет

Кто проживает у вас дома? \_\_\_\_\_

Какое отношение имеет данное лицо к вам и/или вашему(-ей) супругу(-е)? \_\_\_\_\_

Если у вас дома проживает ваш ребенок и/или ребенок вашего(-ей) супруга(-и) (независимо от возраста ребенка), является ли он инвалидом?  Да  Нет

**Примечание.** Если существует юридическое ограничение, препятствующее осуществлению вами продажи имущества, данное имущество не учитывается при установлении вашего права на страхование по программе Medicaid.

**ОСТАНОВИТЕСЬ НА ЭТОМ ПУНКТЕ**, если вы или кто-либо из членов вашей семьи не находитесь на лечении в медицинском учреждении и подаете заявление о страховом покрытии пребывания в учреждении по уходу за престарелыми. В любом случае последняя страница данного документа **ДОЛЖНА** быть подписана.

**G. Заявитель, проживающий в учреждении долгосрочного ухода/учреждении по уходу за престарелыми**

Название учреждения	Дата приема / /	Номер телефона ( )	
№ дома и улица	Город	Штат	Почтовый индекс
Предыдущий адрес заявителя	Город	Штат	Почтовый индекс

**H. Передача активов**

1. Передача прав собственности

- a. Осуществляли ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени передачу, смену собственника или продажу, в т.ч. с уступкой в цене, каких-либо активов, включая ваше жилье или иное недвижимое имущество?  Да  Нет
- b. Находитесь ли вы в процессе продажи имущества?  Да  Нет
- c. Осуществляли ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени внесение изменений в договор о передаче прав собственности на недвижимое имущество или смену собственника недвижимого имущества, включая создание права на пожизненное владение недвижимым имуществом?  
Если **да**, когда? \_\_\_\_\_
- d. Если вы приобрели право пожизненного владения недвижимым имуществом в отношении жилья другого лица, проживали ли вы на его территории в течение периода не менее одного года после приобретения права пожизненного владения недвижимым имуществом?  Да  Нет
- e. Приобретали ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени ипотечный сертификат участия, сертификат участия в кредите или простой вексель?  
Если **да**, когда? \_\_\_\_\_
- f. Осуществляли ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени покупку или изменение аннуитета?  Да  Нет  
Если **да**, когда? \_\_\_\_\_

2. Осуществляли ли вы или ваш(-а) супруг(-а) за последние 60 месяцев учреждение траста или передачу активов в траст или вывод активов из траста?  Да  Нет

**Если вы ответили положительно на любой из приведенных выше вопросов, поясните такую передачу в отведенном ниже месте. Приложите дополнительные листы, если это необходимо.**

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

3. Вносили ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или кто-либо от вашего имени задаток на счет какого-либо медицинского учреждения или учреждения пансионатного типа, например, учреждения по уходу за престарелыми, пансионата с медицинским уходом, учреждения для пенсионеров с постоянным уходом или учреждения для престарелых с пожизненным уходом? **Если да, приложите копию договора.**  Да  Нет

**I. Налоговые декларации**

- Подавали ли вы и/или ваш(-а) супруг(-а) за последние четыре года декларации гражданина США о подоходном налоге?  Да  Нет  
**Если да, приложите копии налоговых деклараций.**

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

Согласно федеральному законодательству и законодательству Штата передача активов по стоимости, которая ниже их справедливой рыночной стоимости, осуществленная тем или иным лицом, или супругом(-ой) данного лица, в течение прошедшего периода, за который рассматривается передача активов (или 60 месяцев в случае передачи, связанной с трастом), до первого числа месяца, в котором данное лицо будет являться получателем услуг в учреждении по уходу за престарелыми, и будет установлено, что нет других ограничивающих обстоятельств для получения им страхового покрытия по программе Medicaid, может привести к тому, что данное лицо не будет иметь права на получение услуг в учреждении по уходу за престарелыми в течение определенного периода времени.

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

Помимо приобретения аннуитета определенные операции, совершенные в отношении аннуитета заявителем или супругом(-ой) заявителя с 8 февраля 2006 года, могут рассматриваться как передача, кроме случаев, когда:

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

Если не будут представлены документы, подтверждающие то, что Штат указан в качестве бенефициара с выжидательным правом, вы можете не иметь права на страховое покрытие услуг по уходу за престарелыми.

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

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

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

X \_\_\_\_\_  
ДАТА ПОДПИСАНИЯ

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

X \_\_\_\_\_  
ДАТА ПОДПИСАНИЯ