



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

Как с нами связаться
Интернет: <https://healthyrhode.ri.gov>

С вопросами о доступном медицинском страховании звоните в HealthSource RI по телефону 1-855-840-4774

С вопросами о доступном медицинском страховании или социальных программах звоните в Департамент социальных служб по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОВТОРНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ/ПРОДЛЕНИИ

Проверьте зарегистрированную информацию о вас

Для перечисленных ниже лиц участие в программе Medicaid будет автоматически продлено.

Название программы	Имя и фамилия	Дата продления текущей льготы
Medicaid	MEDICAID RECIPIENT	06/01/2023

Как выполнить продление?

MEDICAID:

Если выше указано, что **участие в программе Medicaid будет автоматически продлено**, вам нужно только просмотреть информацию в этом уведомлении.

- Если указанные сведения не изменились, никаких действий не требуется. Ваше страхование Medicaid будет по-прежнему действовать.
- Если вам нужно сообщить о каких-либо изменениях, выполните одно из следующих действий:
 - Выполните вход в свою учетную запись пользователя на сайте <https://healthyrhode.ri.gov> и нажмите «Renew» (Продлить) для внесения изменений или
 - Заполните эту форму, указав измененные сведения в соответствующих полях. Поставьте подпись на последней странице уведомления и отправьте его одним из следующих способов:
 - Отправьте почтой по адресу: STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787
 - Опустите в ящик в местном офисе Департамент социальных служб по телефону (Department of Human Services, DHS). Чтобы узнать адреса офисов, посетите сайт www.dhs.ri.gov или позвоните по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

Если вам не хватает места, используйте раздел «Замечания участника» в этой форме продления.

Если вы хотите подать заявление на участие в других программах, вам нужно заполнить новое заявление на получение помощи (форма DHS-2) или подать заявление онлайн на сайте healthyrhode.ri.gov. Позвоните нам по вышеуказанному номеру телефона, чтобы заказать новую форму заявления, или посетите сайт www.dhs.ri.gov и распечатайте форму, размещенную на сайте.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Текущие сведения в учетной записи

Проверьте приведенные ниже сведения. Если какие-либо сведения изменились, укажите новые сведения в столбце «Обновленная информация» справа.

Контактная информация основного заявителя

Приведенная ниже контактная информация основного заявителя по-прежнему актуальна? Да Нет — укажите обновленную информацию ниже.

	Текущая информация	Обновленная информация
Домашний адрес	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса)	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
Номер телефона	123-456-7890	
Номер телефона, по которому представитель DHS позвонит вам для проведения запланированного собеседования (если применимо)		
Адрес электронной почты	EMAIL@email.com	
Предпочитаемый язык для устного общения	English	
Предпочитаемый язык для чтения	English	

Нужен ли вам устный переводчик? Да Нет
Если да, то услуги устного переводчика предоставляются бесплатно.

Почтовый адрес уполномоченного представителя

Согласно нашим данным, у вас есть уполномоченный представитель. Приведенная ниже контактная информация уполномоченного представителя по-прежнему актуальна? Да Нет — укажите обновленную информацию ниже.

	Текущая информация	Обновленная информация
Почтовый адрес		
Номер телефона		
Адрес электронной почты		
Предпочитаемый язык для устного общения	English	
Предпочитаемый язык для чтения	English	

Текущий состав домохозяйства

Перечисленные ниже люди по-прежнему проживают вместе с вами? Да Нет — если нет, то укажите дату их переезда.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства с основным заявителем	Продление программ(ы)	Вы вместе покупаете продукты и готовите пищу?	Дата переезда из вашего домохозяйства*
MEDICAID RECIPIENT	MM/DD/YYYY	Self	Medicaid	NA	

* Примеры переезда из дома: новое место жительства, тюрьма, больница, общежитие, центр сестринского ухода, интернатная программа, центр сопровождаемого проживания, интернатное учреждение, совместное проживание.

Новые члены домохозяйства

Заполните таблицу ниже. Впишите имена всех членов домохозяйства, не указанных выше (в том числе тех, кто переехал в ваш дом).

Если вам не хватает места, используйте раздел «Замечания участника» в этой форме продления.

Если новые члены домохозяйства, переехавшие в ваш дом, подают заявление на получение льгот, отметьте соответствующие поля в столбце справа.

Имя и фамилия нового члена домохозяйства	Дата рождения	SSN <i>(указывайте только в случае подачи заявления на льготы)</i>	Гражданин США? <i>(указывайте только в случае подачи заявления на льготы)</i>	Степень родства с основным заявителем	Подано заявление на льготы
	___/___/___	___ - ___ - ___	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA
	___/___/___	___ - ___ - ___	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA

Кто-нибудь в вашем домохозяйстве является незрячим, нетрудоспособным, беременным или находится в специализированном центре или учреждении интернатного типа?

Да — укажите информацию ниже Нет

Имя и фамилия	Этот человек признан незрячим или нетрудоспособным государственным агентством?	Этот человек имеет беременность?	Этот человек в настоящее время проживает в специализированном центре или учреждении интернатного типа? Опишите подробно*
	<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	<input type="checkbox"/> Да, _____ <input type="checkbox"/> Нет

* Проживание в специализированном учреждении (уточните: больница, центр сестринского ухода, интернатная программа, тюрьма);

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



* Проживает в учреждении интернатного типа (укажите: центр сопровождаемого проживания, интернатное учреждение, совместное проживание).

Трудовой доход

Ниже приведена имеющаяся у нас информация о членах вашего домохозяйства, имеющих трудовой доход. **Пожалуйста, приложите подтверждение дохода за последние 30 дней, даже если он не изменился** (не требуется для Medicaid).

Приведенные ниже сведения верны? Да Нет

Если нет, укажите правильные сведения и новые сведения о доходе в пустых строках таблицы ниже.

Обратите внимание, что не весь доход, о котором вы сообщаете, учитывается при продлении.

Укажите доход от индивидуальной трудовой деятельности, например деньги, полученные от предприятия, за уход за детьми, не проживающими у вас в доме, или доход от арендной недвижимости, которой владеет или управляет бенефициар из вашего домохозяйства.

Имя и фамилия	Статус занятости	Наименование и адрес работодателя	Общий месячный доход*
MEDICAID RECIPIENT	Yes	PLACE OF WORK	\$ 1,000

*Общий месячный доход: доход до любых вычетов

Доход из других источников

Ниже приведена имеющаяся у нас информация о незаработанном доходе. **Приложите подтверждение дохода за последние 30 дней, даже если он не изменился** (не требуется для Medicaid).

В этом разделе указывается доход из всех источников, кроме трудовой деятельности: социальное обеспечение, пенсия, страховые выплаты по нетрудоспособности или пособие по случаю потери кормильца (RSDI), пособие ветеранам, включая пенсию и оплата помощи и ухода, пособие по безработице, доход от арендной недвижимости или аренды, пособие «Дополнительный гарантированный доход» (SSI), страхование по временной нетрудоспособности (TDI), компенсация работникам, проценты/дивиденды по финансовым счетам, субсидия на приемного ребенка, выплаты за военных/иждивенцев, алименты на ребенка и/или алименты на супругу.

Приведенные ниже сведения верны? Да Нет

Если нет, укажите правильные сведения и новые сведения о доходе в пустых строках таблицы ниже.

Обратите внимание, что не весь доход, о котором вы сообщаете, учитывается при продлении.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Имя и фамилия	Вид дохода	Сумма	Периодичность получения

Доход, указанный в разделах «Трудовой доход» и «Доход из других источников» настоящего уведомления, влияет на ваши льготы Medicaid, которые подлежат продлению. Нам требуется обновленная информация только об этих видах дохода. Если у вас имеются новые источники дохода, укажите их в соответствующем поле.

График услуг ухода за ребенком

Если вы получаете услуги ухода за детьми, укажите в полях ниже ваш текущий график работы и потребность в услугах.

Причина потребности <i>(отметьте все подходящие варианты)</i>	<input type="checkbox"/> Работа <input type="checkbox"/> Особые потребности в связи с состоянием здоровья ребенка или родителя <input type="checkbox"/> Старшая школа/получение диплома GED <input type="checkbox"/> Краткосрочное обучение <input type="checkbox"/> Колледж			
	Родитель 1 (имя и фамилия):		Родитель 2 (имя и фамилия):	
День	Время начала	Время окончания	Время начала	Время окончания
Понедельник				
Вторник				
Среда				
Четверг				
Пятница				
Суббота				
Воскресенье				
Если ваш график различается, объясните как (можно прислать дополнительные документы для подтверждения).				

Учеба и статус учащегося/студента

Ниже приведена имеющаяся у нас информация о членах вашего домохозяйства, посещающих учебные заведения. Приведенные ниже сведения верны? Да Нет

Если нет, укажите правильные сведения и новые сведения в пустых строках таблицы ниже.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Имя и фамилия	Возраст	Наименование учебного заведения	Посещает занятия половину времени или более? Да/нет	Наивысший полученный диплом	Проходит производственное обучение? Да/нет	Тип учебного заведения (K-12, колледж, профессиональное училище)
		UNKNOWN	No	NA	NA	NA

Доступность другого медицинского страхования

Имя и фамилия	Имя и фамилия держателя полиса?	Название плана	Статус регистрации	Идентификатор требования, контракта/группы или идентификационный номер участника	Название и адрес страховой компании

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Ваше согласие на передачу данных ТОЛЬКО для принятия решений о праве на участие в программе MEDICAID и МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Мы сможем лучше помогать вам, если будем работать с другими агентствами и специалистами, которые знают вас и вашу семью. Установив флажок «I Agree» (Я соглашаюсь), вы даете нам разрешение на получение, использование и передачу конфиденциальной информации о вас из различных источников, включая Департамент труда и обучения штата Род-Айленд (R.I. Department of Labor and Training, DLT), Департамент социальных служб штата Род-Айленд (R.I. Department of Human Services, DHS), Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб штата Род-Айленд (R.I. Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), Департамент здравоохранения штата Род-Айленд (R.I. Department of Health), Департамент исправительных учреждений (R.I. Department of Corrections, RIDOC) и Experian от имени Центров услуг Medicaid и Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) и Администрацию социального обеспечения (Social Security Administration, SSA).

Мы не отклоняем заявление на льготы или на участие в программах, на которые вы имеете право, только потому, что вы не дали нам разрешения на получение, использование и распространение конфиденциальной информации. Однако ваше согласие требуется, чтобы использовать электронные источники данных при определении или продлении вашего права на участие в других программах, таких как коммерческое медицинское страхование через HealthSource RI.

Вы можете начать выбор и приобретение медицинской страховки, не заполняя эту форму согласия, позвонив в наш контактный центр по телефону 1-855-840-HSRI (4774), но если вы хотите знать, имеете ли вы право на финансовую помощь для покупки страховки и имеете ли вы право на страхование Medicaid, вы должны заполнить эту форму согласия.

Все действия по передаче и использованию информации, которые вы разрешили, установив флажок «I Agree» (Я соглашаюсь), выполняются в соответствии со всеми применимыми федеральными и штатными законами и нормами по защите конфиденциальности информации, включая, в частности, следующие: Закон о преювенности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) от 1996 года (Публичный закон 104-191); Закон штата Род-Айленд о конфиденциальности медицинских сообщений и информации (R.I.G.L. 5-37.3-1 и сл.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12 и все другие применимые законы и нормы. Информация передается путем компьютерной передачи данных.

Ставя отметку в первом поле ниже, я разрешаю получать и использовать конфиденциальную информацию обо мне для определения моего первоначального и дальнейшего права на участие в государственном медицинском страховании или других государственных программах, предлагаемых на этом сайте, которые включают планирование, предоставление и координацию льгот и выплат.

- Я даю свое согласие на передачу данных для принятия решения о праве на участие.
- Я не даю своего согласия и понимаю, что это решение может повлиять на мое право на участие в других программах.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ

Моя подпись ниже означает, что мною или мне были прочитаны права и обязанности, прилагаемые к данной форме. Под страхом наказания за лжесвидетельство я подтверждаю, что все мои ответы в данной форме продления являются, в меру моих знаний, верными и полными, включая сведения о гражданстве и иммиграционном статусе и личностях несовершеннолетних детей, указанных в этой форме. Я понимаю, что намеренное предоставление мной неверной информации является нарушением закона и может повлечь за собой наказание в соответствии с федеральным законом, законом штата или обоими этими законами.

Подпись заявителя или получателя	Дата	Подпись уполномоченного представителя	Дата
Подпись супруга/супруги или другого родителя ребенка	Дата	Подпись лица, помогавшего вам заполнять данную форму	Дата
Подпись опекуна или лица, действующего по доверенности	Дата	Подпись представителя агентства (только для служебного пользования)	Дата

Заявление на регистрацию избирателя штата Род-Айленд

Если вы не зарегистрировались для голосования по вашему текущему адресу, вы хотите зарегистрироваться для голосования?

Да Нет

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы не отметили ни один из пунктов, считается, что вы решили не регистрироваться для голосования в данный момент.

Подача заявления или отказ от регистрации для голосования не влияет на объем помощи, который будет предоставлен вам данным департаментом. Если вам требуется помощь в заполнении формы заявления на регистрацию избирателя, мы поможем вам. Вы сами решаете, нужно ли обращаться за помощью или принимать помощь. Вы можете заполнить форму заявления на регистрацию избирателя самостоятельно. Если вы считаете, что имело место нарушение вашего права на регистрацию или отказ от регистрации для голосования, вашего права на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или при подаче заявления на регистрацию для голосования или вашего права на выбор политической партии или другого политического предпочтения, вы можете подать жалобу координатору регистрации избирателей (Voter Registration Coordinator) по адресу: 50 Branch Avenue, Providence, RI, 02904 или позвонить по телефону (401) 222 - 2345.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



В таблице ниже перечислены примеры документов, которые может потребоваться отправить вместе с данной формой продления. Заполните и верните эту форму продления, даже если у вас нет всех этих документов. Если вам нужна помощь в получении этих документов, вы можете позвонить в DHS по телефону, указанному на странице 1 этой формы.

Вы также можете отправить документы через мобильное приложение HealthyRhode, которое можно загрузить на смартфон.

Доход от работы	Расчетные листки или заявления на фирменном бланке работодателя с указанием дохода до уплаты налогов, дат выплат, почасового графика работы и количества отработанных часов за последние четыре недели.
Новый адрес и расходы на жилье	Квитанция о получении арендной платы, книжка платежей по ипотечному кредиту, договор аренды, справка из Министерства жилищного строительства и городского развития (Department of Housing and Urban Development, HUD), справка от лица, которое оплачивает часть расходов на жилье, счета за коммунальные услуги, справка из коммунальной компании, справка от арендодателя с указанием адреса и уплаченной суммы.
Выплачиваемые вами алименты на ребенка	Если ваши обязательства по выплате алиментов на ребенка изменились, предоставьте копию судебного постановления.
Незаработанный доход	Копия самого недавнего чека на пособие по социальному обеспечению или письма о назначении пособия, подтверждение статуса безработного, компенсации по нетрудоспособности, пенсии, алиментов на ребенка, алиментов на супругу, страхования по временной нетрудоспособности (TDI).
Расходы на уход за иждивенцами	Квитанция, показывающая ваши собственные расходы на уход за ребенком или расходы на уход за нетрудоспособным или пожилым членом домохозяйства.
Ресурсы/транспортные средства	Выписки с банковского счета (сберегательного счета, чекового счета, выписки кредитного союза и/или депозитных сертификатов (CD)); акции или облигации; документы о праве собственности на траст; подтверждение права собственности на недвижимость (кроме вашего места проживания); подтверждение для арендной недвижимости; регистрация транспортных средств (в том числе легкового автомобиля, катера, грузовика, мотоцикла, кемпера); подтверждение наличия другой недвижимости, приносящей доход; подтверждение права собственности на место захоронения (если у вас имеется больше одного).

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



ЗАМЕЧАНИЯ УЧАСТНИКА (сюда также можно вписывать дополнительную информацию)

Empty box for participant comments.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>





RHODE ISLAND VOTER REGISTRATION FORM

Please print clearly in ink. All information is required unless marked optional.

YOU MAY USE THIS FORM TO:

- Register to vote in Rhode Island.
- Change your name and/or address on your registration.
- Choose a political party or change parties.

TO REGISTER TO VOTE IN RI YOU MUST BE:

- A legal resident of Rhode Island.
- A citizen of the United States.
- At least 16 years of age.
(You must be at least 18 years of age to vote on Election Day.)

INSTRUCTIONS

- Box 2: REQUIRED.** Rhode Island citizens who are at least 16 years of age may pre-register to vote using this form. If you fail to check either of these boxes, this form will be returned to you. If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.
- Box 3:** If you are registering to vote for the first time in Rhode Island by mail or if someone else turns this form in for you, it is **REQUIRED** that you provide your driver's license number or state ID number issued by the RI Department of Motor Vehicles (DMV). If you do not have either, you must provide the last 4 digits of your Social Security Number. If you do not provide the above information or it cannot be verified, you will be required to provide identification to an election official before voting. Acceptable forms of identification are on the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side of this form).
- Box 5:** A person may have only one legal residence. You must register from your legal residence. A post office box or rural route may only be used as a "Mailing Address" in Box 6.
- Box 9:** If you want to affiliate to vote, choose a party. If you leave Box 9 blank, you will be listed as unaffiliated.
- Box 10:** You must SIGN and DATE the registration form. If you fail to sign and date the form, it will be returned to you.
- Box 11:** If you are updating your voter registration because you legally changed your name, enter your previous legal name.
- Box 12:** If you are updating your voter registration because of an address change, enter your previous address, **even if out-of-state.**

You will receive an acknowledgement receipt of this voter registration form within 3 weeks. If you do not receive it, contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list). For questions and deadlines relating to this form, visit the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list).

(This form may be reproduced)

1. Check Boxes that Apply: <input type="checkbox"/> New Voter Registration <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Name Change				
2. I am a U.S. Citizen and resident of Rhode Island. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I am at least 16 years of age. (You must be at least 18 years of age to vote.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.		3. RI driver's license or ID Number: <input style="width: 150px;" type="text"/> If you do not have a RI driver's license or ID, enter last 4 digits of your social security number: <input style="width: 80px;" type="text"/> If you do not enter either number, see instructions for Box 3.		
4. Last Name <input style="width: 150px;" type="text"/> Suffix (if any) <input style="width: 50px;" type="text"/>		First Name <input style="width: 150px;" type="text"/>		Middle Name (or initial) <input style="width: 100px;" type="text"/>
5. Home Address (Do not enter a post office box) <input style="width: 300px;" type="text"/>		Apt. <input style="width: 30px;" type="text"/>	City/Town <input style="width: 100px;" type="text"/>	State RI ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/>
6. Mailing Address (If different from Box 5) <input style="width: 300px;" type="text"/>		Apt. <input style="width: 30px;" type="text"/>	City/Town <input style="width: 100px;" type="text"/>	State <input style="width: 30px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/>
7. Date of Birth (mm/dd/yyyy) Month <input style="width: 30px;" type="text"/> Day <input style="width: 30px;" type="text"/> Year <input style="width: 30px;" type="text"/>		8. Phone No./ E-mail Address (optional) <input style="width: 150px;" type="text"/>		9. Party Affiliation: <input type="checkbox"/> Democrat <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Republican <input type="checkbox"/> Unaffiliated <input type="checkbox"/> Other <input style="width: 50px;" type="text"/>
10. I swear or affirm that: - I am not incarcerated in a correctional facility upon a felony conviction. - I am not presently judged "mentally incompetent" to vote by a court of law. - The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry into the United States.			<i>Official Use For Barcode</i>	
PLEASE SIGN FULL NAME OR PLACE MARK BELOW				
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			Date: <input style="width: 80px;" type="text"/> (mm/dd/yyyy) Signed <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Warning: If you sign this form and know it to be false, you can be convicted and fined up to \$5,000 or jailed up to 10 years.				
11. PREVIOUS NAME (if different from Box 4) <input style="width: 150px;" type="text"/>		12. PREVIOUS ADDRESS OF REGISTRATION (City/Town, State, ZIP & County) <input style="width: 250px;" type="text"/>		
02/2012 Regs Form Revised 12/2012				

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Return Address



Postage
Required Post
Office will not
deliver
without proper
postage.

Mail To: **BOARD OF CANVASSERS**

*****FOLD HERE & TAPE AT TOP*****

INSTRUCTIONS FOR MAILING THE VOTER REGISTRATION FORM

An applicant who chooses to mail his/her voter registration form shall do so in the following manner:

1. Fold the form at the dotted line and tape the bottom to the top of the form.
2. From the list below, locate the address of the board of canvassers in the city or town in which you are registering to vote and insert that address in the appropriate space beneath "Mail To: BOARD OF CANVASSERS" on the addressed side of the voter registration form. Insert your return address in the space provided.

NOTICE: *It is against the law for anyone to interfere with your privacy in registering to vote or in choosing a political party. If you believe someone has interfered with your right to register or not register, or with your privacy in making this decision, or in choosing a political party, you may file a complaint with the State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.*

LOCAL BOARDS OF CANVASSERS

Barrington Town Hall, 283 County Rd., Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall, 675 Ten Rod Rd., Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall, PO Drawer, 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall, 64 Farnum Pike, Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall, 10 Court St., Bristol, RI 02809	Foster Town Hall, 181 Howard Hill Rd., Foster, RI 02825	Newport City Hall, 43 Broadway, Newport, RI 02840	S. Kingstown Town Hall, 180 High St., Wakefield, RI 02879
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	N. Kingstown Town Hall, 80 Boston Neck Rd., North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall, 343 Highland Rd., Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall, 580 Broad St., Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall, 2000 Smith St., North Providence, RI 02911	Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 S. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall, 93 Narragansett Ave., Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex, 575 Smithfield Rd., North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall, 3275 Post Rd., Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall, 1670 Flat River Rd., Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall, 1385 Hartford Ave., Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall, 137 Roosevelt Ave., Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway, W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall, 869 Park Ave., Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall, 100 Old River Rd., PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall, 2200 East Main Rd., Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall, 1170 Main St., West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall, 45 Broad St., Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall, PO Box 226, Little Compton, RI 02837	Providence City Hall, 25 Dorrance St., Providence, RI 02903	Westerly Town Hall, 45 Broad St., Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall, PO Box 111, East Greenwich, RI 02818	Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895
East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857	

Voter Registration Questions May Be Addressed To:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Требования относительно сообщения об изменениях

Вы должны сообщать обо всех следующих изменениях, которые могут повлиять на право участия и регистрацию кого-либо из членов вашего домохозяйства, в течение 10 дней с даты изменения:

- адрес проживания;
- почтовый адрес;
- доход;
- семейное положение;
- переезд членов домохозяйства в ваш дом или из вашего дома, а также лица, которые вместе с вами подают налоговую декларацию;
- наличие беременности у кого-либо из членов домохозяйства;
- нахождение в местах лишения свободы или специализированном учреждении;
- наличие других программ медицинского страхования (включая право на страхование Medicare) или наличие медицинской страховки на работе или на работе члена семьи;
- иммиграционный статус или гражданство;
- рождение, усыновление, помещение на усыновление, брак, развод или смерть;
- статус налогоплательщика по федеральному подоходному налогу или
- количество налоговых иждивенцев, заявленное в федеральной налоговой декларации.

Вы имеете ПРАВО на обращение без дискриминации. В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и положениями и политиками в сфере гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA), Министерству сельского хозяйства США, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или осуществляющим их, запрещено допускать дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, гендерной идентичности (включая гендерное самовыражение), сексуальной ориентации, нетрудоспособности, возраста, семейного положения, семейного/родительского статуса, дохода, полученного от программы государственной помощи, политических убеждений или репрессий или ответных действий за предшествующую деятельность в области гражданских прав, в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой USDA (не все основания применимы ко всем программам). Средства правовой защиты и сроки подачи жалоб различаются в зависимости от программы или инцидента.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), следует связаться с ответственным агентством или центром TARGET USDA по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и ТТТ) или связаться с USDA через Федеральную релейную службу (USDA) по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках (кроме английского). Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните форму жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA (AD-3027), которая доступна в Интернете по адресу <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> и в любом офисе USDA, или напишите в USDA письмо, указав в нем всю информацию, которая требуется в форме. Чтобы заказать копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA: (1) почтой по адресу: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) по факсу: (202) 690-7442; или (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov. Министерство сельского хозяйства США (USDA) является поставщиком, работодателем и кредитором, поддерживающим равные возможности.

В соответствии с разделом VI Закона о гражданских правах от 1964 года (42 USC 2000d и сл.), разделом 504 Закона о реабилитации от 1973 года с поправками (29 USC 794), Законом об американцах с ограниченными возможностями от 1990 года (42 USC 12101 и сл.) и разделом IX Поправок об образовании от 1972 года (20 USC 1681 и сл.), Закона о продовольствии и питании от 2008 года (ранее назывался «Закон о продовольственных талонах»), Закона о дискриминации по возрасту от 1975 года, правилами о внедрении Министерства образования США (34 CFR, части 104 и 106), а также Министерства сельского хозяйства, продовольствия и питания США (7 CFR 272.6); Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб (ЕОННС) и Департамент социальных служб (DHS) не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, религии, политических убеждений, возраста или гендера при принятии или предоставлении услуг, трудоустройства или лечения в рамках своего информационных и других программных мероприятий. В соответствии с другими положениями действующего законодательства ЕОННС и DHS не допускают дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения. Для получения дополнительной информации об этих законах о недопущении дискриминации, нормах и процедурах рассмотрения жалоб на дискриминацию обращайтесь в DHS по адресу: 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, тел. (401) 462-2971. Чтобы сделать звонок с помощью Rhode Island Relay, наберите номер 7-1-1 или позвоните по одному из следующих бесплатных номеров: ТТТ: 1-800-745-5555, голосовая связь: 1-800-745-6575. Сотрудник по связям с общественностью является координатором реализации Раздела VI, администратором Управления реабилитационных услуг (Office of Rehabilitation Services, ORS), или назначенный им сотрудник является координатором реализации Раздела IX, Раздела 504 и ADA. Директор DHS или назначенный им сотрудник несет общую ответственность за соблюдение гражданских прав во всех программах агентства. Секретарь ЕОННС отвечает за надлежащее рассмотрение проблем дискриминации, связанных с Medicaid, и всех подобных жалоб.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



ВАШИ ПРАВА

Информация о вашем страховом покрытии и правах:

Вы имеете ПРАВО запросить и, в случае подтверждения вашего соответствия условиям, получить финансовые льготы, льготы Medicaid или пособие по Программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) на основании правил и стандартов, установленных в соответствии со штатными и федеральными законами и нормами.

Вы можете иметь право подать апелляцию и запросить проведение беспристрастного административного слушания, если вы не согласны с нашими решениями. Вы можете:

1. **Позвонить нам, чтобы обсудить решение о льготах или пособии.** Позвоните нам по телефону, указанному вверху первой страницы данного уведомления. Во время звонка имейте под рукой это уведомление и будьте готовы сообщить номер дела или идентификационный номер.
2. **Подать апелляцию для рассмотрения в рамках беспристрастного административного слушания.** Апелляция — это официальный запрос на пересмотр решения в ходе административного слушания. Подробная информация приведена ниже.

Что такое беспристрастное слушание?

Беспристрастное слушание — это ваша возможность сообщить ведущему административного слушания, почему вы не согласны с решением агентства о вашем праве на участие в программе, льготах, пособиях и/или расходах, которые вы должны оплатить. На слушании также присутствует представитель агентства, который объясняет, на каком основании агентство приняло решение. По закону ведущий административного слушания должен справедливо и объективно рассматривать факты дела, представленные обеими сторонами.

Сроки подачи апелляции и заявления на проведение беспристрастного слушания

В таблице ниже указаны сроки подачи апелляции по каждой программе. В некоторых программах вы можете продолжать получать льготы или услуги до момента принятия решения по результатам слушания, если вы подадите апелляцию в сроки, указанные в таблице. Если вы пропустите указанный срок, вы можете потерять право на апелляцию. После того как вы подали апелляцию, мы назначаем дату слушания по вашему делу и выносим решение в течение 90 дней или 60 дней, если слушание касается пособия по программе SNAP. Решение по всем апелляциям HealthSource RI выносится в течение 90 дней с даты получения заявления на апелляцию, если это возможно с административной точки зрения.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Программа	Вы должны подать апелляцию в течение:	Продолжается ли предоставление льгот, если апелляция подана в течение 10 дней с момента уведомления ("Aid Pending")?
Medicaid	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
SNAP	90 дней после даты отправки уведомления	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
CCAP	30 дней после даты отправки уведомления	Льготы могут предоставляться в меньшем объеме до момента принятия решения по результатам слушания.
GPA	10 дней после даты отправки уведомления	Да, но необходимо подать заявление в письменной форме
Коммерческое медицинское страхование	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку.	Вы должны позвонить в HealthSource RI в течение 30 дней после даты уведомления и запросить сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).
Все другие программы	30 дней после даты отправки уведомления	Да

Ускоренное рассмотрение апелляций

Вы имеете право на ускоренное рассмотрение апелляции, если у вас есть неотложная потребность в медицинских услугах или пособии SNAP и ожидание в течение обычного периода рассмотрения апелляции может создать серьезную угрозу для вашей жизни, здоровья или способности достичь, поддерживать или восстановить максимальную функцию. Учитывая обстоятельства дела, принимаем решение об ускоренном рассмотрении апелляции как можно быстрее. Если ваше заявление на ускоренное рассмотрение апелляции отклонено, мы незамедлительно сообщаем вам об этом и рассматриваем вашу апелляцию по стандартной процедуре.

Право на сохранение льгот на период ожидания слушания

Вы можете иметь право продолжать получать льготы в прежнем объеме в период ожидания слушания (это называется «сохранение льгот в период рассмотрения дела» или «Aid-Pending»). За исключением получения коммерческого медицинского страхования через HealthSource RI, если вы подали апелляцию в течение 10 дней, в большинстве случаев ваши льготы автоматически сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending). Если вы не можете доказать обратное, мы считаем, что уведомление для Medicaid и HealthSource RI было получено вами через 5 дней после даты, указанной в уведомлении.

Если у вас есть страхование Medicaid и ваши льготы сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции штат может взыскать с вас стоимость льгот, полученных в период рассмотрения вашего дела. Для HealthSource RI сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending) доступно только в том случае, если вы подаете апелляцию на повторное определение права на участие, которое произошло в течение 30 дней с даты подачи апелляции и заявление подано в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Если вы получаете налоговый кредит для оплаты страховых взносов и вам сохранены льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения апелляции у вас в следующем году может возникнуть задолженность по федеральным налогам. Если вы платите ежемесячные взносы, вы должны продолжать их платить в случае сохранения льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).

Если вы участвуете в программе SNAP, RIW или GPA и у вас сохраняются льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции вам, возможно, придется вернуть сумму льгот, которые вы получили в период рассмотрения дела, но на которые вы не имели права.

Право представлять себя и право на юридическое представительство

Вы имеете право представлять себя на слушании самостоятельно или быть представленным лицом по вашему выбору, в том числе адвокатом, юристом, другом или родственником.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Юридическую консультацию можно получить в Rhode Island Legal Services, Inc. по телефону 274-2652 или 1-800-662-5034. Если у вас есть юридический представитель, он должен подать в Отдел проведения слушаний (Hearing Office) письменное заявление о юридическом представлении (Entry of Appearance) до слушания или на слушании. Заявление о юридическом представлении открывает доступ к конфиденциальной информации, давая юридическому представителю доступ к вашему делу в агентстве. Оно также требуется в Отделе проведения слушаний в качестве подтверждения юридического представительства для последующих действий, проверки, запроса переноса рассмотрения апелляции и т. д.

Возможное изменение права участия других членов домохозяйства

Решение по вашей апелляции может привести к изменению права на участие в программе другого члена вашего домохозяйства.

Доступ к материалам вашего дела

Вы имеете право знакомиться с материалами вашего дела, включая доказательства, которые штат будет использовать в ходе слушания. Чтобы ознакомиться с материалами вашего дела, позвоните нам по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, вы можете заказать копию своего дела по телефону: 1-855-840-HSRI (4774).

Неофициальное урегулирование

Бывают ситуации, когда мы можем быстро решить вашу проблему без проведения слушания. Чтобы рассмотреть ваше дело в неофициальном порядке, позвоните по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, для запроса неофициального урегулирования позвоните в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Мы свяжемся с вами, чтобы попытаться разрешить вашу апелляцию в неофициальном порядке. Усилия по неофициальному урегулированию вашей проблемы не влияют на ваше право на слушание.

Если это ваше первоначальное заявление на получение страхового покрытия Medicaid, вы должны запросить слушание в письменной форме в течение тридцати (30) дней. С учетом времени доставки почты 30-дневный срок отсчитывается, начиная с пятого дня после даты, указанной в этом уведомлении. Таким образом, вы должны подать апелляцию не позднее 05/06/2023. Если вы уже получаете страхование Medicaid и хотите продолжать пользоваться страховкой до вынесения решения после слушания, вы должны подать апелляцию в письменном виде в течение десяти (10) дней. Здесь также с учетом времени доставки почты 10-дневный срок отсчитывается, начиная с пятого дня после даты, указанной в этом уведомлении.

Вы имеете ПРАВО на конфиденциальность. В соответствии с законодательством штата все агентства, осуществляющие программы, обязаны согласно штатным и федеральным законам и нормам использовать информацию о вас и других членах вашего домохозяйства только в целях, непосредственно связанных с осуществлением программ и в соответствии со стандартами конфиденциальности персональной медицинской информации, содержащихся в Законе о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Ограничения HIPAA не позволяют нам обсуждать медицинскую информацию о вас или любом члене вашего домохозяйства с любыми лицами (в том числе с неуполномоченным представителем), за исключением случаев, когда это лицо имеет доверенность или вы подписали форму согласия, разрешающую раскрытие этой информации. Это включает раскрытие информации о психическом здоровье, результатах лечения или тестов для ВИЧ, СПИД, заболеваний, передающихся половым путем (STD), и наркологических услугах.

ЕОННС и DHS не разглашают информацию о вас или других членах вашего домохозяйства без вашего согласия, за исключением случаев, предусмотренных Общими законами штата Род-Айленд и нормами, изложенными в Административном кодексе DHS и Кодексе административных правил Medicaid. Любое лицо, признанное виновным в нарушении положений Общих законов штата Род-Айленд, считается виновным в совершении мисдиминора. Нарушители несут наказание в виде штрафа в размере до двухсот долларов (\$200) или тюремного заключения на срок до шести (6) месяцев, либо обеих этих форм наказания.

Вы имеете ПРАВО подать заявление на принудительное взыскание алиментов через Отдел по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services, OCSS). Получить форму заявления на эти услуги можно на сайте <http://www.cse.ri.gov/> или в местном офисе Отдела по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services) по адресу 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

Вы имеете ПРАВО назначить уполномоченного представителя. Уполномоченный представитель — это лицо, назначенное главой домохозяйства, супругом/супругой или любым другим ответственным членом домохозяйства действовать от имени домохозяйства при подаче заявления на получение льгот по программе или при использовании льгот. Уполномоченный представитель по льготам не обязательно должен быть тем же лицом, которое назначено уполномоченным представителем для подачи заявления или для соблюдения требований по отчетности. Назначение уполномоченного представителя выполняется в письменном виде.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

Информация о вашем страховом покрытии и обязанностях:

Вы ОБЯЗАНЫ предоставлять в этом заявлении точную информацию о вашем доходе, ресурсах и условиях проживания.

Информация о налоговом кредите на страховые взносы

Вы можете отложить получение части суммы налогового кредита по медицинскому страхованию и получить остаток при подаче федеральной налоговой декларации. Возможно, вам придется вернуть часть суммы налогового кредита при подаче федеральной налоговой декларации, если сумма, использованная для уплаты ежемесячных страховых взносов, превышает сумму, которая вам предоставлена на основании вашего общего годового дохода.

Чтобы получить налоговый кредит по медицинскому страхованию, вы должны соответствовать следующим требованиям:

- Вы должны подать декларацию за год, в который вы получаете страховое покрытие.
- Вы должны сообщать обо всех изменениях, влияющих на ваше право на участие, как описано выше.

Информация о снижении сумм совместной оплаты

Вы можете получить дополнительную финансовую помощь для страхования в зависимости от вашего дохода. При снижении сумм совместной оплаты снижается сумма, которую вы сами должны платить за медицинское обслуживание (другими словами, при покупке лекарств в аптеке или при доплате за медицинские услуги у врача). Например, в случае снижения вашего дохода размер доплаты или франшизы может быть снижен. Уровень снижения зависит от размера дохода вашего домохозяйства. Если меняется доход вашего домохозяйства, ваш размер доплаты и франшизы также может измениться.

Вы ОБЯЗАНЫ предоставить номера социального страхования (или подтверждение того, что вы подали заявление на получение номера социального страхования) для себя и членов вашего домохозяйства в качестве обязательного условия участия в программе. Сбор информации, указанной в заявлении, а также номеров социального страхования всех членов вашего домохозяйства, для которых вы получаете помощь, разрешен в соответствии с Законом о пищевых продуктах и питании (Food and Nutrition Act) от 2008 года (ранее Закон о продовольственных талонах) с поправками, 7 U.S.C. 2011–2036 и в соответствии с Федеральным законом (и). Эта информация будет использоваться для определения права (или сохранения права) вашего домохозяйства на участие в программах SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP и/или коммерческом медицинском страховании с финансовой помощью. Департамент проверяет эту информацию путем компьютерной сверки с данными Департамента труда и обучения (Department of Labor and Training, DLT), Администрации социального обеспечения (Social Security Administration), Налогового управления (Internal Revenue Service, IRS), Службой продовольствия и питания (Food and Nutrition Service, FNS) и другими правительственными и неправительственными организациями, уполномоченными законом, постановлением или договором, и они будут подлежать проверке федеральными, штатными и местными чиновниками. Информация о доходе и праве на участие, полученная от этих агентств, будет использоваться для проверки того, что ваше домохозяйство имеет право на получение и получает в надлежащем объеме пособие SNAP, GPA, пособие по уходу за ребенком, RIW, Medicaid и коммерческое медицинское страхование с финансовой помощью. Эта информация также будет использоваться для контроля за соблюдением правил программы, для управления программой, а также для предотвращения мошенничества и проверки требований на медицинские услуги.

Эта информация может быть раскрыта другим федеральным и штатным агентствам для официального изучения, а также должностным лицам правоохранительных органов для целей задержания лиц, скрывающихся от закона. В случае возникновения претензии к вашему домохозяйству информация, указанная вами в заявлении (включая номера социального страхования), может быть передана федеральным и штатным агентствам, а также в частные коллекторские агентства для взыскания средств по претензии. Предоставление запрашиваемых сведений является добровольным. Однако непредоставление SSN приведет к отказу в предоставлении пособия лицу, подающему заявление на получение пособия. Предоставленные номера SSN будут использоваться и раскрываться таким же образом, как и номера SSN соответствующих критериям членов домохозяйства.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Вы ОБЯЗАНЫ в полной мере сотрудничать со штатными и федеральными должностными лицами, выполняющими проверки качества.

Вы ОБЯЗАНЫ сотрудничать с Отделом по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services, OCSS), если вы получаете льготы RI Works, пособие по уходу за ребенком (Child Care Assistance) или Medicaid. Вы должны оказывать помощь в назначении, изменении или принудительном взыскании алиментов на ребенка (детей), находящегося под вашей опекой, и (при необходимости) в установлении отцовства. Если вы можете доказать, что у вас есть достаточные основания считать, что сотрудничество с Отделом по взысканию алиментов на детей создает для вас, ваших детей или детей, находящихся под вашей опекой, риск причинения вреда со стороны родителя, не являющегося опекуном, вы можете отказаться от сотрудничества в связи с достаточным основанием.

**ПРОГРАММА RI WORKS, MEDICAID, ПОСОБИЕ ПО УХОДУ
ЗА ДЕТЬМИ И ОБЩАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ
АРЕСТ ИМУЩЕСТВА И ПЕРЕУСТУПКА ПРАВ**

В соответствии с разделами 40-6-9, 40-6-10 или 40-8-15 Общего закона штата Род-Айленд, без необходимости подписания документа:

a.) В отношении алиментов и установления отцовства

Я передаю все права, которые я могу иметь для себя и от своего имени, а также для и от имени моего ребенка (детей), Департаменту социальных служб (Department of Human Services, DHS), действующему самостоятельно или в качестве агента по проверке права участия для Исполнительного управления здравоохранения и социальных служб (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) в отношении любого лица, не обеспечивающего поддержку, содержание и медицинскую помощь мне и моему несовершеннолетнему ребенку или детям, помощь которым оплачивается одним или обоими агентствами. В этом качестве DHS уполномочен возбудить иск об установлении отцовства и/или взыскать алименты для меня или моего ребенка или детей, которые получают или получали помощь от DHS и/или EOHHS. Если я перестану получать финансовую помощь или страхование Medicaid, я обязуюсь сообщить в Отдел по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services, OCSS) обо всех изменениях, которые влияют на алименты на ребенка/медицинскую поддержку (например, в случае если мой ребенок переехал в другое место из моего дома или изменился мой адрес).

b.) В отношении сумм, взыскиваемых с третьей стороны

Я передаю все права DHS или EOHHS для себя и от своего имени и от имени любого лица, которого я имею законное право представлять, на суммы, взыскиваемые с третьей стороны, в размере, равном сумме финансовой помощи и льгот Medicaid, предоставленных в результате несчастного случая, травмы или болезни.

c.) В отношении сумм, взыскиваемых из компенсации по нетрудоспособности

Департамент социальных служб и/или Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб могут наложить арест на любое ожидающее решения вознаграждение, распоряжение или выплату, на которые я могу иметь право в соответствии с положениями Закона о компенсациях работникам штата Род-Айленд и главами с 28–29 до 28-38 Общих законов Род-Айленда. Целью ареста средств является обеспечение возмещения штату финансовых выплат и выплат по программе Medicaid, произведенных мне или от моего имени за период времени, за который выдается компенсация по нетрудоспособности, приказ или выплата.

d.) Относительно ареста имущества умершего получателя для возмещения расходов по программе Medicaid

В соответствии с R.I.G.L. 40-8-15 EOHHS может наложить арест на имущество получателя Medicaid, которому на момент смерти было пятьдесят пять (55) лет или больше. Для целей настоящего раздела термин «имущество» в отношении умершего лица включает все недвижимое и личное имущество и другие активы, включенные или могущие быть включенными в завещанное имущество данного лица. Общая сумма Medicaid, выплаченная от имени получателя Medicaid, которому на момент получения было пятьдесят пять (55) лет или более, является долгом перед штатом и является арестом имущества получателя в пользу EOHHS. Однако арест действует и не применяется к имуществу получателя, у которого осталась супруга (супруг), который является ребенком в возрасте до двадцати одного (21) года или слепым или постоянно и полностью нетрудоспособным ребенком, как это определено в Разделе XVI (SSI) Закона о социальном обеспечении. Земли племен и определенная недвижимость, принадлежащая американским индейцам и коренным народам Аляски, могут быть освобождены от взыскания.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



Я понимаю, что мое заявление будет служить разрешением EOHHS и/или DHS на получение от поставщиков медицинских услуг информации, которая имеет отношение ко мне или какому-либо лицу, включенному в мое заявление, до тех пор, пока дело остается открытым. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что EOHHS или его агент по вопросам права участия, DHS, могут связываться с другими лицами или организациями для получения необходимых доказательств моего права на получение льгот и определенного уровня льгот.

Я также понимаю, что EOHHS и DHS могут использовать или передавать информацию, предоставленную мной в заявлении и в моей личной учетной записи, для управления программами, на участие в которых мной подано заявление, и/или могут предоставлять мне льготы в соответствии со штатными и федеральными законами, договорами и правилами. EOHHS и DHS могут предоставлять анонимную информацию в исследовательских целях. Любая передача идентифицирующей информации должна производиться в соответствии со штатным и федеральным законодательством.

Medicaid: Прекращение действия по вашей инициативе

Следующие члены вашего домохозяйства имеют страхование Medicaid:

Имя и фамилия
MEDICAID RECIPIENT

Вы можете в любое время прекратить действие медицинского страхования Medicaid для любого члена вашего домохозяйства. Есть несколько способов подать заявление на прекращение действия:

- По телефону: позвоните в колл-центр Департамента социальных служб (Department of Human Services, DHS) по телефону 1-855-697-4347 (понедельник — пятница, кроме праздничных дней, с 8:30 до 15:00) или в HealthSource RI по телефону 1-855-840-4774 (понедельник — пятница, кроме праздничных дней, с 8:00 до 18:00).
- Лично: посетите офис DHS или опустите заявление о прекращении действия страхования в любой из защищенных ящиков в отделениях DHS и региональных семейных центрах (Regional Family Center). Чтобы узнать адреса офисов, посетите сайт www.dhs.ri.gov или позвоните по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- По почте: Вы также можете написать письменный запрос не позднее чем за две недели до даты желаемого прекращения действия и отправить его по почте по адресу: State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

♥Medicaid: Прекращение действия по инициативе штата

Следующие члены вашего домохозяйства имеют страхование Medicaid:

Имя и фамилия
MEDICAID RECIPIENT

Ваша страховка или страховка члена вашего домохозяйства, участвующего в программе Medicaid, может быть аннулирована только в следующих случаях:

- если вы или член вашего домохозяйства больше не имеете права на получение доступного страхования,
- если действие страхования для вас или члена вашего домохозяйства прекращено из-за недостоверной информации, указанной в вашем заявлении,



Если у вас есть специальные медицинские потребности

Вы и члены вашего домохозяйства можете иметь право на получение дополнительных услуг по программе Medicaid, если у кого-либо из членов вашего домохозяйства есть особые медицинские потребности.

- Кто-либо в вашем домохозяйстве имеет инвалидность?
- Кто-либо в вашем домохозяйстве нуждается в обслуживании в центре сестринского ухода или других услугах долгосрочного ухода?
- Кто-либо в вашем домохозяйстве получает большие или частые счета за медицинские услуги?

Если да, то узнайте, соответствуют ли они критериям для особых медицинских потребностей. Для получения подробной информации позвоните по телефону (855) 712-9158 или посетите сайт www.HealthSourceRI.com.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b̄éìn m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

Уведомление о недопущении дискриминации

Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) и Департамент социальных служб (Department of Human Services, DHS) не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, политических убеждений, возраста, религии или гендера при принятии или предоставлении услуг, трудоустройства или лечения в рамках своих информационных и других программных мероприятий. В соответствии с другими положениями действующего законодательства EOHHS и DHS не допускают дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения. Для получения дополнительной информации об этих законах о недопущении дискриминации, нормах и процедурах рассмотрения жалоб на дискриминацию обращайтесь в DHS по адресу: 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, тел. (401) 462-2971 (для глухих и лиц с нарушением слуха 1-800-745-6575 (голосовая); TTY 711).

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>

