



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345



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

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

Штат Род-Айленд

ПРОДЛЕНИЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ УСЛУГ И ПОДДЕРЖКИ (LTSS) MEDICAID

(Дети по программе Katie Beckett, услуги на дому и по месту жительства для пожилых людей и взрослых с ограниченными возможностями, центры сестринского ухода, BHDDH и PACE)

Требуется действие: Проверьте зарегистрированную информацию о вас

Каждый год мы должны пересматривать ваше дело и выяснять, имеете ли вы еще право на участие в программе Medicaid. Мы определяем, имеете ли вы по-прежнему право на участие, на основе указанных вами сведений. Затем мы проверяем эти сведения с помощью электронных средств проверки. На основании проверки адреса электронной почты и предоставленной вами информации нам не удалось определить, сохраняете ли вы или член вашего домохозяйства право на страхование Medicaid. Чтобы сохранить право на участие в программе Medicaid и не потерять страховку, полностью прочитайте это уведомление, при необходимости обновите сведения, поставьте подпись и дату и верните форму продления не позднее срока, указанного ниже. Если вы не предоставите заполненную и подписанную форму продления к указанному ниже сроку, система оценит и определит ваше право на медицинское страхование соответствующим образом.

Название программы	Имя и фамилия	Дата планируемого окончания действия текущей льготы
Medicaid		06/01/2023

Отправьте следующие документы и подписанную форму продления до даты, указанной ниже. Если вы не предоставите документы к указанному ниже сроку, система оценит и определит ваше право на медицинское страхование соответствующим образом.

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



Имя и фамилия	Требуется информация о:	Информацию необходимо прислать не позднее:	Примеры принимаемых подтверждений (Пришлите один из следующих документов):
G [REDACTED] P [REDACTED]	Незаработанный доход (включая страхование по временной нетрудоспособности, пенсионное страхование, страхование на случай потери кормильца или страхование по нетрудоспособности)	05/01/2023	Недавние расчетные листки Письмо или документ от лица/агентства, осуществляющего выплаты Судебные выписки или другие юридические документы Записи адвоката Письмо от племени Заявление от кредитора Банковские или иные финансовые выписки Письмо о назначении пособия AP-91 Кредитный договор Судебное постановление о взыскании алиментов на ребенка Заявление родителя, отвечающего за уход Договор об оказании поддержки

Эту форму необходимо заполнить и представить не позднее 05/01/2023. Если мы не получим эту форму с вашей подписью к этому сроку, ваше право на страхование LTSS Medicaid не будет продлено и действие вашей страховки прекратится с 05/31/2023.

О каких изменениях нужно сообщать?

- **Доход:** Нам необходимо знать обо всех изменениях дохода бенефициара LTSS, а также его супруга (супруги) или иждивенцев, которые учитываются при определении суммы, которая должна выплачиваться в счет стоимости обслуживания каждый месяц. Если продлевается страхование ребенка по программе Katie Beckett, нам необходимо знать только доход ребенка. Нет обязательного взноса на покрытие стоимости обслуживания.
- **Ресурсы:** Нам также необходимо знать обо всех случаях, когда ресурсы бенефициара LTSS увеличились и/или когда ресурсы, принадлежащие ему единолично или совместно, были проданы или переданы другому лицу.
- **Адрес и условия проживания:** Сообщите нам в случае, если бенефициар LTSS переехал или сменил адрес, поступил в центр сопровождаемого проживания, центр сестринского ухода, интернатную программу или покинул такое учреждение или если у него изменились условия совместного проживания.
- **Владелец жилья планирует вернуться в основное место жительства:** ТОЛЬКО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА. Если вы владеете жильем, которое является вашим основным местом жительства, мы предполагаем, что вы в будущем намерены вернуться и жить в этом жилье. Если у вас изменилось право собственности на это жилье или вы изменили намерение вернуться в него, укажите обновленные данные в разделе 5 ниже.
- **Семья и положение домохозяйства:** Нам необходимо знать обо всех случаях изменения состава домохозяйства бенефициара, например если супруг или иждивенец бенефициара LTSS умер, получил развод, вступил в брак или переехал в дом, выехал из дома или продал дом, который НЕ учитывается в составе ресурсов. Эти сведения не требуются для продления страхования ребенка по программе Katie Beckett.

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



- **Иммиграционный статус:** Вы обязаны сообщить нам об изменении иммиграционного статуса негражданина-бенефициара LTSS и/или спонсора после даты первоначального заявления или последнего продления.

Как мне сообщить об изменениях и продлить страхование Medicaid?

Сообщить об изменениях можно несколькими способами. Внимательно прочитайте следующие инструкции.

- **По почте:** Если вы отправляете ответ по почте, впишите измененные сведения в столбце «Обновленная информация» настоящего уведомления. ЕСЛИ В ПОЛЯХ НЕТ НАПЕЧАТАННОГО ТЕКСТА И ВЫ ВОЗВРАЩАЕТЕ ЭТУ ФОРМУ, ЗАПОЛНИТЕ ПОЛЯ С НАДПИСЬЮ «ТЕКУЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ». Не забудьте поставить на форме подпись и дату. Форму можно отправить почтой по адресу, указанному в верхней части данного уведомления. Для продления страхования ребенка по программе Katie Beckett форму необходимо отправить по адресу: DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **Сдайте форму в офис DHS:** Если вы хотите сдать форму в офис DHS, следуйте инструкциям, приведенным выше для отправки по почте. Чтобы узнать адреса офисов, посетите сайт www.dhs.ri.gov или позвоните по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **Через Интернет:** Вы также можете открыть пункт «User Account» (Учетная запись пользователя) по адресу <https://healthyrhode.ri.gov> и внести необходимые изменения.

Просмотр вашей учетной записи онлайн

Сведения о ваших льготах также отображаются в вашей учетной записи по адресу <https://healthyrhode.ri.gov/>. Для доступа к своей учетной записи используйте имя пользователя GP [REDACTED]. Если вы забыли пароль, его можно восстановить. Для этого нажмите «LOG IN» (ВХОД) и затем нажмите «Forgot Username/Password?» (Забыли имя пользователя или пароль?) на странице <https://healthyrhode.ri.gov/>. В своей учетной записи вы можете подать заявление на получение и продление льгот, а также сообщать об изменениях.

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



Форма продления LTSS

Инструкции: Внимательно прочитайте данную форму и впишите измененные сведения о бенефициаре. Обязательно **поставьте подпись и отправьте форму продления целиком** (включая эту страницу), даже если у вас никакие сведения не изменились.

Контактная информация бенефициара

	Текущая информация	Обновленная информация
Основной контакт и степень родства с бенефициаром	██████████ Self	
Почтовый адрес	██████████ 35758	
	Текущая информация	Обновленная информация
Адрес, по которому бенефициар LTSS проживает сейчас	██████████ 02861	
	Текущая информация	Обновленная информация
Номер телефона	808 ██████████	
Адрес электронной почты	██████████@gmail.com	
Имя и фамилия уполномоченного представителя:	Текущая информация	Обновленная информация

1. Доход

Изменился ли доход с момента подачи первичного заявления бенефициара или последнего продления? Нам необходимо знать обо всех изменениях дохода бенефициара. Нам также необходимо знать имена и доходы супруг(ов) и иждивенцев, которых необходимо учитывать при определении суммы, которую взрослые бенефициары LTSS должны вносить в счет покрытия стоимости обслуживания.

Если соответствующие поля пусты, впишите в них запрашиваемые сведения.

Если в полях напечатан текст, зачеркните неправильные сведения и впишите правильные сведения в пустых строках ниже. Для новых иждивенцев укажите имя, фамилию и доход.

Приложите к форме подтверждения для нового или исправленного дохода.

Примечание. Для детей, имеющих право на участие в программе Katie Beckett, указывайте только доход ребенка.

Поставьте отметку, если НЕТ изменений дохода

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



Имя и фамилия	SSN	Дата рождения	Степень родства с бенефициаром LTSS	Доход/тип
G P	XXX-XX-	939	Self	\$ 2,524.90/ RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

2. Ресурсы

Со времени, когда бенефициар LTSS подал первичное заявление или последний раз выполнил продление, были ли какие-либо изменения (включая увеличение и уменьшение) ресурсов, которыми владеет бенефициар? Если у бенефициара LTSS появились новые или изменились имеющиеся ресурсы (в результате продажи или передачи), укажите их ниже в разделе «Текущая информация». Если в форме напечатан текст, зачеркните неправильные сведения и впишите правильные обновленные сведения в поля справа.

ПРИМЕЧАНИЕ. РЕСУРСЫ ВКЛЮЧАЮТ НАЛИЧНЫЕ СРЕДСТВА, СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ И ЧЕКОВЫЕ СЧЕТА, ДЕПОЗИТНЫЕ СЕРТИФИКАТЫ, АКЦИИ, ОБЛИГАЦИИ, СЧЕТА ABLE, ТРАСТОВЫЕ ФОНДЫ, ВЛАДЕНИЕ ПРЕДПРИЯТИЕМ И Т. Д.

Поставьте отметку, если НЕТ изменений ресурсов.

Имя и фамилия владельца	Ресурсы	Текущая информация	Обновленная информация
	Транспортные средства	-	
	Чековые/сберегательные счета	-	
	Акции/облигации	-	
	Депозитные сертификаты	-	
	Депозитные счета денежного рынка	-	
	Владение предприятием	-	
	Аннуитеты	-	
	Счета IRA, 401К, 403В, Кеога	-	
	Договоры или счета на погребение	-	
	Другое	\$ 100,000.00	

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



2а. Траксты

Если бенефициар LTSS или лицо, действующее от имени бенефициара, получил/заключил или передал какую-либо ценность, такую как наследство, недвижимость, страховое возмещение, выплату на индивидуальный пенсионный счет (IRA), договор на погребение, портфель акций, трастовый фонд, аннуитетный план, брокерский счет, страховое возмещение или подобное, в траст в течение последних шестидесяти (60) месяцев, заполните поля ниже и приложите документальное подтверждение.

Поставьте отметку, если НЕТ действий с трастом.

Опишите элемент	Дата действия	Стоимость/сумма элемента, переданного в доверительное управление

3. Недвижимость, в том числе жилье бенефициара LTSS

Произошли ли какие-либо изменения в доле бенефициара в праве собственности на недвижимость/имущество (на дом, земельный участок и т. п.) с момента подачи первичного заявления или последнего продления? Заполните пустые поля или исправьте неправильные данные в полях ниже и отправьте нам документальные подтверждения об изменениях, связанных с продажей, передачей прав и доходом.

НЕТ изменений владения недвижимостью/имуществом, о которых нужно сообщить

Недвижимость и иное имущество		
1. Основное место жительства	Текущая информация	Обновленная информация
	-	
Супруги/иждивенцы проживают в доме	Текущая информация	Обновленная информация
	-	
Доход от недвижимости — аренда	Текущая информация	Обновленная информация
	-	
Дата продажи/передачи прав	Текущая информация	Обновленная информация
	-	

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



2. Другая недвижимость/место жительства (адрес)	Текущая информация	Обновленная информация
	-	
Стоимость капитала — за вычетом залогов, долгов, кредитов	Текущая информация	Обновленная информация
	-	
Доход от недвижимости — аренда	Текущая информация	Обновленная информация
	-	
Дата продажи/передачи прав	Текущая информация	Обновленная информация
	-	

4. Медицинское страхование

Укажите полную и актуальную информацию обо всех формах медицинского страхования, которые предоставляют страховое покрытие бенефициару, заполнив пустые поля или исправив напечатанный текст в полях в строке ниже. Включите сюда планы медицинского страхования работодателя, пенсионные и другие частные планы, стоматологические, офтальмологические и другие дополнительные планы, а также Medicare, Tricare и аналогичные государственные планы.

Приложите копии лицевой и оборотной сторон всех новых и обновленных карт участника для этих планов.

Поставьте отметку, если НЕТ изменений в медицинском страховании

Медицинское страхование	Имя и фамилия держателя полиса	Номер полиса	Ежемесячный взнос

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



**Раздел 5. ТОЛЬКО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРОВ СЕСТРИНСКОГО УХОДА,
ПЛАНИРУЮЩИХ ВЕРНУТЬСЯ В ОСНОВНОЕ МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА**

**Заполняйте этот раздел, ТОЛЬКО если вы в настоящее время находитесь
в центре сестринского ухода и владеете жильем.**

Я, _____, настоящим подтверждаю, что являюсь владельцем недвижимости, расположенной
(Имя и фамилия заявителя/бенефициара)

по адресу _____ - _____
(Улица и номер дома) (Город) (Штат и почтовый индекс)

Я также подтверждаю, что данная недвижимость является моим основным местом жительства;

Я владею вышеуказанной недвижимостью: (Отметьте один вариант)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solely (Единолично) | <input type="checkbox"/> Jointly (Совместно) |
| <input type="checkbox"/> Tenants in common (Совладельцы общей
долевой собственности) | <input type="checkbox"/> Life Estate (Пожизненное владение) |

Я понимаю и соглашаюсь, что я обязан(а) информировать DHS (в течение десяти (10) дней) о любых изменениях моего права собственности на эту недвижимость. Я также соглашаюсь информировать DHS о любых изменениях в моем намерении вернуться жить в вышеуказанную недвижимость и поэтому сообщаю о следующих изменениях: (впишите ниже изменения)

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



ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ

«Под страхом наказания за лжесвидетельство я клянусь, что данная форма продления проверена мной или зачитана мне и что указанные в ней сведения являются, в меру моих знаний, правдивыми и полными. Если я подаю заявление от имени другого лица, я клянусь, что это заявление было проверено заявителем или зачитано заявителю и что указанные в нем сведения являются, в меру знаний заявителя, правдивыми и полными».

Подпись клиента или уполномоченного
представителя
Дата:

Подпись супруга/супруги или родителя
Дата:

Подпись опекуна, попечителя или лица,
действующего по доверенности
Дата:

Подпись свидетеля от Департамента
Дата:

Номер телефона

()



ВАШЕ СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О ПРАВЕ УЧАСТИЯ

Наша помощь вам будет эффективнее, если мы сможем взаимодействовать 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, Департамент социальных служб штата Род-Айленд, Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб штата Род-Айленд (R.I. Executive Office of Health and Human Services), Департамент здравоохранения штата Род-Айленд (R.I. Department of Health), Департамент исправительных учреждений штата Род-Айленд и Experian от имени Центров услуг Medicaid и Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) и Администрацию социального обеспечения (Social Security Administration).

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 без вашего согласия мы не можем помочь вам получить доступ к определенным программам и поддержке, на которые вы можете иметь право. Для определения вашего права на участие требуется ваше согласие.

Вы можете начать выбор и приобретение медицинской страховки без заполнения этой формы согласия, если позвоните 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 преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act) от 1996 года (Публичный закон 104-191, известный как HIPAA); 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 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 повлияет на мое право на участие в определенных программах и поддержке

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



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 TTY) 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 «USDA Program Discrimination Complaint Form» (Жалоба 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) факс: (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 здравоохранения и социальных служб США (45 CFR, части 80 и 84), а также правилами реализации 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 (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, 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 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, телефон (401) 462-2971. Чтобы сделать звонок с помощью Rhode Island Relay, наберите номер 7-1-1 или позвоните по одному из следующих бесплатных номеров: TTY: 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 EOHHS отвечает за надлежащее рассмотрение проблем дискриминации, связанных с Medicaid, и всех подобных жалоб.

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





Инструкции для осматривающего специалиста

Ваш пациент подает заявление на получение услуг Департамента социальных служб (Department of Human Services, DHS). Вы должны заполнить эту форму, чтобы Управление медицинской экспертизы (Office of Medical Review, OMR) могло определить **уровень медицинского обслуживания**.

Документация необходима как основание для предоставления услуг, которые лучше соответствуют **текущим** потребностям данного пациента, либо в учреждении сестринского ухода, либо в виде местных услуг.

Что требуется от вас для заполнения этого заявления:

1. Тщательно заполните данную форму PM-1 и своевременно отправьте ее в указанное Управление долгосрочного ухода. **Необходимо заполнить все разделы.**
2. Обязательно требуется форма PM-1; приветствуется другая медицинская информация (например, лист контроля приема лекарств), но не в качестве замены данной формы.

Как осматривающий специалист (MD, DO, RNP, PA) вы должны оценить **медицинский диагноз, текущую функциональную активность, когнитивный статус и лечение** для пациента. (Используйте коды, указанные в разделе «Текущая функциональная активность».)

Заранее благодарим вас за помощь.

Повседневные действия (См. текущие функциональные активности)

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ: способность перемещаться между поверхностями: в кровать и из кровати, со стула и на стул, из инвалидной коляски и в инвалидную коляску, из стоячего положения и в стоячее положение, кроме перемещения в ванну и из нее и в туалет и из него (с вспомогательным устройством или без него).

ПЕРЕДВИЖЕНИЕ: способность перемещаться между различными местами в жилой среде человека (с вспомогательным устройством или без него).

ПОДВИЖНОСТЬ В КРОВАТИ: способность менять положение тела, поворачиваясь на одну или другую сторону.

ОДЕВАНИЕ: способность надевать, застегивать и снимать все предметы одежды.

КУПАНИЕ: способность принимать ванну, душ или делать обтирание губкой (эффективно и тщательно) и способность заходить в ванну или душ и выходить из ванны или душа (с вспомогательным устройством или без него).

ПОЛЬЗОВАНИЕ ТУАЛОТОМ: способность садиться на туалет и вставать с туалета, переходить в туалет или выходить из него, очищать себя после пользования туалетом, менять прокладку/трусы, обращаться со стомой или катетером и поправлять одежду.

ПРИЕМ ПИЩИ: способность есть и пить, пользуясь обычными или специальными столовыми приборами (сюда также входит способность резать, жевать и глотать пищу).

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА: способность расчесывать волосы, чистить зубы, мыть и сушить лицо, руки и промежность.

ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ: способность определять и принимать лекарства правильно, в нужное время, правильным способом и в нужной дозировке.

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



Медицинское заключение специалиста

Дата: _____ Дата последнего визита: _____
Имя и фамилия заявителя: _____ Дата рождения: _____
№ SSN или MID: _____ Пол (обведите): Мужской / Женский
Адрес: _____ Квартира/этаж: _____
Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Текущие условия проживания (обведите): Проживает один/одна / Проживает с другими людьми / Другое: _____
Наименование учреждения: _____ Дата поступления: _____

ДИАГНОЗ: медицинский и поведенческий (с указанием степени тяжести состояния) *НЕТ КОДОВ ДИАГНОЗА

ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ (Даты)	ДРУГОЙ ДИАГНОЗ (Даты)	ОПЕРАЦИИ/ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (укажите даты)

Прогноз реабилитационного потенциала: _____
Постоянная инвалидность (обведите): Да/Нет

МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕПАРАТЫ: наименование, дозировка, частота и способ применения

ОЦЕНКА БОЛИ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Диагноз: _____ Частота: _____
(нет) (умеренная) (сильная)

Боль мешает деятельности или движениям пациента? (обведите) Да / Нет

Боль облегчается медикаментами или лечением? (обведите) Да / Нет

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



ТЕКУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ И ЧАСТОТА

Предписания специалиста (в том числе конкретные указания относительно диеты, РТ/ОТ/СТ, кислорода)

Терапия:	Уход за ранами: Места _____
РТ _____ раз/нед. в течение _____ нед.	(лечение) _____
ОТ _____ раз/нед. в течение _____ нед.	Кол-во пролежней _____
СТ _____ раз/нед. в течение _____ нед.	Стадия _____ Размер _____ см
Респираторная терапия _____	Тренировка мочевого пузыря и кишечника <input type="checkbox"/>
Кислород, литры _____ PRN <input type="checkbox"/> Непр. <input type="checkbox"/>	Недержание:
Химиотерапия/радиотерапия <input type="checkbox"/>	Мочевой пузырь <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Частота _____
Диализ <input type="checkbox"/>	Кишечник <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Частота _____
Диета _____	Катетер Фолея <input type="checkbox"/> Колостомия <input type="checkbox"/> Уростомы <input type="checkbox"/>
Питание через зонд _____	

Коды текущей функциональной активности (ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЭТИ КОДЫ)**0 = НЕЗАВИСИМО: БЕЗ РАЗГОВОРА, БЕЗ ПРИКОСНОВЕНИЙ**

Пациенту во время выполнения действия (с вспомогательным устройством или без него) не предоставляется помощь или руководство.

1 = РУКОВОДСТВО: РАЗГОВОР, БЕЗ ПРИКОСНОВЕНИЯ

Пациенту во время выполнения действия (с вспомогательным устройством или без него) предоставляются руководство, подсказки и побуждение.

2 = ОГРАНИЧЕННАЯ ПОМОЩЬ: РАЗГОВОР И ПРИКОСНОВЕНИЯ

Пациент принимает существенное участие в выполнении действия, получает физическую направляющую помощь, но без подъема частей тела пациента.

3 = ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ПОМОЩЬ: РАЗГОВОР, ПРИКОСНОВЕНИЯ И ПОДЪЕМ

Пациент выполняет часть действия, но ухаживающее лицо оказывает физическую помощь для подъема, передвижения или перемещения пациента.

4 = ПОЛНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: ВСЕ ДЕЙСТВИЯ ВЫПОЛНЯЕТ УХАЖИВАЮЩЕЕ ЛИЦО

Пациент никаким образом не участвует в выполнении действия.

5 = ДЕЙСТВИЕ НЕ ВЫПОЛНЯЛОСЬ: НЕТ ДЕЙСТВИЯ

Действие не выполнялось пациентом или ухаживающим лицом.

Действия по**самообслуживанию (AOL)**

- _____ Подвижность в кровати
- _____ Одевание
- _____ Купание
- _____ Пользование туалетом
- _____ Прием пищи
- _____ Личная гигиена
- _____ Прием лекарств
- _____ Передвижение
- _____ Перемещение

Обведите все подходящие варианты:

трость, ходунки, инвалидная коляска, от кровати к стулу, лежачий, риск падения

Инструментальные действия по самообслуживанию (AOL)

- _____ Домашнее хозяйство
- _____ Приготовление пищи
- _____ Совершение покупок
- _____ Стирка

Пациент может выходить без сопровождения? Да / Нет

Пациент может самостоятельно пользоваться общественным транспортом? Да / Нет

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

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС

У пациента есть ограничения? (Обведите) Да / Нет

Оценка MMSE _____ Оценка BIMS _____ Дата _____

Когнитивные навыки для повседневного принятия решений (выберите один вариант)

- Самостоятельность: решения согласованные и разумные
- Модифицированная самостоятельность: некоторые трудности возникают только в новых ситуациях
- Умеренное ухудшение: Решения неадекватные, требуются подсказки или руководство
- Сильное ухудшение: никогда не принимает решений или принимает решения редко

Поведение: Обведите все подходящие варианты.

Укажите степень тяжести в соответствующей строке: 1 = Слабая 2 = Умеренная 3 = Сильная

_____ Дезориентация	_____ Возбужденность	_____ Непоследовательность
_____ Потеря памяти	_____ Вербальная агрессия	_____ Побег пациента
_____ Сопротивление обслуживанию	_____ Физическая агрессия	_____ Другое

Пациент получал услуги психиатрической помощи: Да / Нет Если да, то где?

Пациент был госпитализирован с психиатрическим диагнозом? Да / Нет (Если да, то укажите подробно)

Дата: _____

Больница: _____

Диагностика: _____

Если пребывание в учреждении сестринского ухода необходимо по медицинским показаниям, есть вероятность, что пациент вернется в сообщество в течение 6 месяцев? Да / Нет

Имя и фамилия специалиста (MD, DO, RNP, PA) (печатными буквами) _____

Подпись: _____

Дата: _____

Только для служебных отметок

Курирующий социальный работник: _____

Окружной офис: _____

Дата отправки формы специалисту: _____

Дата получения: _____

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



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

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

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

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИЛИ ПЕРЕДАЧУ КОНФИДЕЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Данная форма не является формой разрешения на предоставление медицинской информации.
Не указывайте в этой форме медицинскую информацию.

Настоящим я разрешаю Департаменту социальных служб штата Род-Айленд получать от нижеуказанного или передавать нижеуказанному:

Имя/наименование _____
Физическое лицо, агентство или организация

Адрес _____

следующую информацию, касающуюся меня или нижеуказанного лица, за которого я несу ответственность:

Финансовая информация _____
(Укажите) (Даты)

Социальная информация _____
(Укажите) (Даты)

Другая информация _____
(Укажите) (Даты)

Имя и фамилия (печатными буквами) _____
Лицо, о котором запрашивается информация

Дата рождения _____ **Номер социального страхования** _____

Номер требования VA _____

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



№ дела: 775219683

Адрес _____

Причина запроса _____

Я понимаю, что записи защищены согласно Общим законам штата Род-Айленд и не могут быть раскрыты без письменного согласия, за исключением случаев, особо предусмотренных законодательством. Любая информация, предоставленная или полученная в результате настоящего согласия, не может быть передана далее каким-либо образом какому-либо лицу или организации за пределами департамента без моего дополнительного письменного согласия, за исключением случаев, когда это необходимо для обработки моего заявления на получение помощи или услуг. Настоящее согласие аннулируется в случае прекращения оказания помощи или отказе от услуг, а также может быть отозвано в любое время.

Подпись пациента, родителя или опекуна Степень родства с вышеуказанным Дата

Имя и фамилия (печатными буквами) _____

Представитель агентства DHS

Должность

Адрес окружного офиса _____

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



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 TTY) 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 «USDA Program Discrimination Complaint Form» (Жалоба 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) факс: (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 здравоохранения и социальных служб США (45 CFR, части 80 и 84), а также правилами реализации 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 (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, 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 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, телефон (401) 462-2971. Чтобы сделать звонок с помощью Rhode Island Relay, наберите номер 7-1-1 или позвоните по одному из следующих бесплатных номеров: TTY: 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 EOHHS отвечает за надлежащее рассмотрение проблем дискриминации, связанных с Medicaid, и всех подобных жалоб.

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





MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

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

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

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

ИНСТРУКЦИИ: ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ РАЗДЕЛЫ, ПОСТАВЬТЕ ДАТУ И ПОДПИСЬ

I. Я, _____, настоящим добровольно разрешаю раскрыть информацию из моей медицинской карты.
(Имя и фамилия заявителя/пациента)

Моя дата рождения: ____/____/____

Мой номер социального страхования: - - -

II. Мою информацию должен раскрыть:

и должен предоставить ее:

(Имя лица или наименование организации)

(Имя лица или наименование организации)

(Адрес)

(Адрес)

(Город, штат, индекс)

(Город, штат, индекс)

III. Цель или необходимость раскрытия данной информации:

Я подаю заявление в программу Medical Assistance

Мои личные и частные причины

Я подаю заявление на получение других услуг DHS

Другое (укажите) _____

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



IV. Раскрываемая информация: (поставьте отметку только в ОДНОМ из следующих полей)

- Медицинская карта целиком Информация о медицинском страховании
- Вся информация (кроме отмеченных мной полей) в разделе VI ниже
- Другое (укажите): _____
- ТОЛЬКО** записи о психотерапии (установив этот флажок, я отказываюсь от своей привилегии в отношении общения психотерапевта и пациента)

Я также разрешаю раскрытие следующей конфиденциальной информации (отметьте соответствующие поля)

- Лечение/направление в связи с лечением алкоголизма/наркомании Лечение в связи с ВИЧ/СПИДом
- Болезни, передающиеся половым путем Психическое здоровье (кроме записей о психотерапии)

V. Я понимаю, что в случае, если я подаю заявление на регистрацию, повторную сертификацию или другие услуги, это разрешение на передачу информации распространяется на всех моих поставщиков медицинских услуг, включая вышеуказанного поставщика и любое другое лицо, учреждение, программу или план, которых я указал(а) в моем письменном заявлении на участие в программах Департамента социальных служб, а также в необходимых формах DHS, в частности формах AP-70 и формах MA-63. Я также понимаю, что это разрешение является обязательным условием получения права на участие и услуги и должно использоваться DHS только для таких целей. Поэтому мой отказ подписать это разрешение может повлиять на мое право на участие и/или на объем услуг, которые я могу получить. Кроме того, я соглашаюсь на использование факса или фотокопии этой формы для передачи или раскрытия информации.

Я также понимаю, что я могу в любое время отозвать это разрешение, направив запрос в письменной форме в ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ, и что в этом случае DHS может обусловить мое право на участие в программе и доступ к услугам моим решением об отзыве. Кроме того, любая информация, предоставленная Департаменту социальных служб (DHS) до моего отзыва этого разрешения, а также любая информация, предоставленная другим сторонам в соответствии с этим разрешением, больше не может быть защищена Правилом конфиденциальности Закона о преимственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA) [45 CFR, часть 164] и Законом о конфиденциальности от 1974 года [5 USC 552a]. Если это разрешение не было отозвано, оно прекращает действовать через один год с даты моей подписи, если я не укажу другую дату истечения срока действия или событие истечения срока действия в строке ниже.

(Укажите дату, если она отличается от даты, наступающей через год после указанной ниже даты)

Подпись пациента

Дата

Подпись уполномоченного представителя

Степень родства с пациентом

Дата

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



VI. Конкретная информация, которую я НЕ РАЗРЕШАЮ раскрывать: (Отметьте все подходящие поля)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Справка о выписке с лабораторными данными | <input type="checkbox"/> Заметки о ходе лечения | <input type="checkbox"/> Лабораторные данные | <input type="checkbox"/> Психиатрическое освидетельствование |
| <input type="checkbox"/> Анамнез и медицинский осмотр | <input type="checkbox"/> План лечения | <input type="checkbox"/> Психологическое тестирование | <input type="checkbox"/> История получения социальных услуг |
| <input type="checkbox"/> Профессиональная | <input type="checkbox"/> Медицинская | <input type="checkbox"/> Образование | <input type="checkbox"/> Финансовая |
| <input type="checkbox"/> Минимальный набор данных | <input type="checkbox"/> Заметки медсестер | <input type="checkbox"/> Планы медицинского обслуживания | <input type="checkbox"/> Стоматологическая карта |
| <input type="checkbox"/> Фотографии, видео, цифровые изображения | <input type="checkbox"/> Платежные документы | <input type="checkbox"/> Отчеты консультантов | <input type="checkbox"/> Записи о питании |
| <input type="checkbox"/> Записи об экстренной помощи | <input type="checkbox"/> Результаты рентгеновских исследований | <input type="checkbox"/> Диагностические результаты | |

Инструкции для заполнения формы DHS-25M

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛИ РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

1. Вписывайте ответы во всех полях разборчиво печатными буквами черной ручкой.
2. Раздел I: впишите имя и фамилию пациента, о котором передается информация.
3. Раздел II: укажите имя (наименование) и адрес лица или организации, которой разрешено раскрывать информацию. Также укажите имя и адрес лица (или наименование организации), которое подучит информацию.
4. Раздел III: укажите причину, по которой требуется эта информация (например, заявление на пособие по нетрудоспособности, продолжающееся медицинское обслуживание и т. п.).
5. Раздел IV: поставьте отметку в **ОДНОМ** из перечисленных пунктов.
 - a) «Медицинская карта целиком» — это полная медицинская карта пациента, кроме конфиденциальной информации (направление на лечение от алкоголизма/наркомании, болезни, передающиеся половым путем, лечение ВИЧ/СПИДа и записи о психическом здоровье, кроме записей о психотерапии).
 - b) «Вся информация (кроме отмеченных мной полей) в разделе VI ниже»: пациент должен отметить только те поля, которые пациент **НЕ** хочет раскрывать.
 - c) «Другое (укажите)»: конкретная информация, указанная пациентом (например, CHS, выставление счетов, состояние здоровья сотрудников).
 - d) «ТОЛЬКО записи о психотерапии»: чтобы разрешить использование или раскрытие записей о психотерапии, в этой форме нужно отметить только это поле. **НЕЛЬЗЯ** выдавать разрешение на использование или раскрытие другой медицинской информации вместе с разрешением, касающимся записей о психотерапии.
Записи о психотерапии часто называют «записями о процессе», что не то же самое, что «записи о прогрессе» в медицинской карте. Эти записи отражают впечатления терапевта о пациенте, содержат детали психотерапевтического разговора, которые считаются неуместными для медицинской карты, и используются поставщиком услуг для будущих сеансов. Эти записи часто хранятся отдельно, чтобы ограничить доступ к ним, так как они содержат конфиденциальную информацию, касающуюся только лечащего врача.
 - e) «ПЕРЕДАЧА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ»: отметьте лечение/направление на лечение от алкоголизма/наркомании, лечение ВИЧ/СПИДа, заболевания, передающиеся половым путем, психическое здоровье (кроме записей о психотерапии) — пациент должен поставить отметку в соответствующем поле!

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



№ дела: 775219683

6. Раздел V: поставьте подпись и дату. Если хотите, укажите другую дату истечения срока действия.
7. Раздел V: уполномоченный представитель (например, законный опекун, доверенность)
8. Раздел VI: конкретная информация, которую пациент НЕ хочет раскрывать.
9. Пациент получит копию заполненной формы DHS-25M.

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



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 TTY) 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 «USDA Program Discrimination Complaint Form» (Жалоба 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) факс: (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 здравоохранения и социальных служб США (45 CFR, части 80 и 84), а также правилами реализации 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 (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, 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 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, телефон (401) 462-2971. Чтобы сделать звонок с помощью Rhode Island Relay, наберите номер 7-1-1 или позвоните по одному из следующих бесплатных номеров: TTY: 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 EOHHS отвечает за надлежащее рассмотрение проблем дискриминации, связанных с Medicaid, и всех подобных жалоб.

Подробнее 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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ 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 dè nà ke dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̀ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, ní, à wuḍu kà kò d̀ò po-poò b́éin m̀ gbo kpáa. Dá 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 (EONHS) и Департамент социальных служб (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 EONHS 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, телефон (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>

