



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 ПРОГРАММЫ ОПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ MEDICARE (MEDICARE PREMIUM PAYMENT PROGRAM, MPPP)

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 Medicare Premium Payment (MPP). 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 внешних проверок и предоставленной вами информации нам не удалось определить, сохраняете ли вы или член вашего домохозяйства право на участие в программе MPP. Чтобы сохранить право на участие в программе MPP 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 страхование MPP соответствующим образом.

Название программы	Имя и фамилия	Дата планируемого окончания действия текущей льготы
Medicare Premium Payments	MEDICAID RECIPIENT	06/01/2023

Отправьте следующие документы и подписанную форму продления до даты, указанной ниже. Чтобы не потерять льготы по программе MPP, пришлите запрошенные документы вместе с заполненной и подписанной формой продления.

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):
MEDICAID RECIPIENT	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 АР-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 MPP не будет продлено и действие вашей страховки прекратится 05/31/2023.

О каких изменениях нужно сообщать?

- **Доход:** Изменения в доходе бенефициара MPP и супруга/супруги или иждивенцев, которые учитываются при определении права на участие.
- **Ресурсы:** Изменения в ресурсах бенефициара MPP и супруга/супруги или иждивенцев, входящих в домохозяйство бенефициара.
- **Адрес и условия проживания:** Если бенефициар MPP и его супруг(а)/иждивенцы переехали или сменили адреса, поступили в центр сопровождаемого проживания, центр сестринского ухода, интернатную программу или покинули такое учреждение или если у них изменились условия совместного проживания.
- **Семья и положение домохозяйства:** Если супруг(а) или иждивенец бенефициара MPPP умер, получил развод, вступил в брак с другим лицом или переехал из дома или в дом, который НЕ считается ресурсом.

Как сообщить об изменениях?

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 ОТПРАВЛЯЕТЕ 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.
- **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).

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



- **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. 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 МРР

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 сведения не изменились.

Контактная информация бенефициара

	Текущая информация	Обновленная информация
Основной контакт и степень родства с бенефициаром	Self	
Почтовый адрес	1, Pawtucket, RI 02860	
	Текущая информация	Обновленная информация
Адрес, по которому бенефициар МРРР проживает сейчас	et, RI 02860	
	Текущая информация	Обновленная информация
Номер телефона	774	
Адрес электронной почты	@gmail.com	
	Текущая информация	Обновленная информация
Имя и фамилия уполномоченного представителя:		

1. Доход

Изменился ли доход бенефициара с момента подачи первичного заявления бенефициара или последнего продления? Нам необходимо знать обо всех изменениях дохода бенефициара, а также знать имена и размер дохода супруга/супруги и иждивенцев, которых мы должны учитывать при определении права на участие.

Если соответствующие поля пусты, впишите в них эти 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.

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	Доход/тип
			Self	\$ 977.00 / RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

2. Ресурсы

Со времени, когда бенефициар MPP подал первичное заявление или последний раз выполнил продление, были ли какие-либо изменения (включая увеличение и уменьшение) ресурсов, которыми владеет бенефициар и его/ее супруг/супруга? Если у бенефициара MPP изменились ресурсы, 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
	Чековые/сберегательные счета	-	
	Акции/облигации	-	
	Депозитные сертификаты	-	
	Депозитные счета денежного рынка	-	
	Владение предприятием	-	
	Аннуитеты	-	
	Счета IRA, 401K, 403B, Keoga	-	
	Другое	-	

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



2а. Траксты

Если бенефициар MPP или лицо, действующее от имени бенефициара, получил/заклучил 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 отправьте документальное подтверждение.

Поставьте отметку, если НЕТ действий с трастом.

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

3. 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.

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>



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».

Я понимаю, что я могу просмотреть и прочитать публикацию DHS 1010 «Important Things About Programs & Services» (Важная информация о программах и услугах) по адресу www.dhs.ri.gov.
 Моя подпись ниже означает, что мною или мне были прочитаны права и обязанности, прилагаемые к данному заявлению. Под страхом наказания за лжесвидетельство я подтверждаю, что все мои ответы в данном заявлении являются, в меру моих знаний, верными и полными, включая сведения о гражданстве и иммиграционном статусе и личностях несовершеннолетних детей, указанных в этом заявлении. 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 клиента или уполномоченного представителя Дата:		
Подпись супруга/супруги или родителя Дата:		
Подпись опекуна, попечителя или лица, действующего по доверенности Дата:		
Номер телефона	()	

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



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



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), которую можно найти 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 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.



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 ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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. ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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 nà kɛ dyédé gbo: ɔ jù ké n̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jù ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b́éin n̄ 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 (EOHHS) 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 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 (для глухих и слабослышащих 1-800-745-6575 (голосовая); TTY 711).

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

