

PRIJAVA ZA MEDICAID ILI MEDICARE ŠTEDNE PROGRAME

Molimo, odaberite vrstu pomoći Medicaid za koju se prijavljujete, ako je poznata:

- Redovni Medicaid
- Odricanje od Medicaid-a
- Medicaid za dugotrajnu njegu
- Medicare štedni program
- Smanjenje imovine

Pitanja? Trebate pomoć?
Nazovite 1-855-306-8959

Za osobe oštećenog sluha
nazovite 1-800-648-6056

Uputstva:

1. Popunite cijeli obrazac. Ako vam treba više mjesta za pisanje, priložite dodatne stranice.
2. Uključite kopije dokumenata gdje se to traži.
3. Na posljednjoj stranici pročitajte svoja prava i obaveze.
4. Potpišite prijavu na dnu stranice 6.
5. Navedite da li želite da popunite **dobrovoljnu procjenu potreba za kynect resursima** na stranicama 7-9 koja vam može pružiti dodatne programe/usluge/resurse zajednice.
6. Vratite obrazac u svoj lokalni ured Ministarstva za usluge na lokalnom nivou (DCBS) u okrugu u kojem živite. Možete locirati svoju lokalnu kancelariju tako što ćete nazvati 1-855-306-8959 ili posjetiti alatku za pretragu lokalne kancelarije DCBS-a na: https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx. Također možete poslati zahtjev faksom u Centraliziranu poštansku kancelariju na 1-502-573-2005 ili 1-502-573-2007.

RECITE NAM O SEBI:

PREZIME:	IME:	SREDNJI INICIJAL	POL:
			DATUM ROĐENJA:
FIZIČKA ADRESA:	GRAD:	DRŽAVA:	POŠTANSKI BROJ:
DA LI JE OVO USTANOVA/INSTITUCIJA? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE			
POŠTANSKA ADRESA:	GRAD:	DRŽAVA:	POŠTANSKI BROJ:
BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA:	BROJ TELEFONA:	OKRUG U KOJEM ŽIVITE:	

**Zajednica Kentucky,
Odjel za zdravstvene i porodične usluge
Ministarstvo za usluge na lokalnom nivou**

BRAČNI STATUS: <input type="checkbox"/> SAMAC <input type="checkbox"/> U BRAKU, ŽIVIMO ZAJEDNO <input type="checkbox"/> U BRAKU, ŽIVIMO ODVOJENO <input type="checkbox"/> RASTAVLJEN/A <input type="checkbox"/> UDOVAC/UDOVICA	SSI STATUS: <input type="checkbox"/> NIKADA NIJE PRIMJENJIVAN <input type="checkbox"/> TRENUTNO PRIMA <input type="checkbox"/> NA ČEKANJU <input type="checkbox"/> ODBIJEN/PREKINUT RAZLOG:	TEHNIČKA PODOBNOST: <input type="checkbox"/> STAROST (65 ILI VIŠE) <input type="checkbox"/> SLJEPOĆA <input type="checkbox"/> INVALIDNOST U USTANOVI ZA NJEGU ILI U PROGRAMU ODRICANJA? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
STATUS POREZNE PRIJAVE:	Primarni govorni jezik kandidata (ako nije engleski):	

**DA LI VAM JE NEKO POMOGAO SA OVOM PRIJAVOM? AKO DA, MOLIM
VAS NASTAVITE NJIHOVE INFORMACIJE ISPOD:**

ODNOS: <input type="checkbox"/> SUPRUŽNIK <input type="checkbox"/> PUNOMOĆ <input type="checkbox"/> STARATELJ <input type="checkbox"/> OVLAŠĆENI PREDSTAVNIK			
AKO JE DRUGO, MOLIMO OBJASNITE:			
PREZIME:	IME:	SREDNJI INICIJAL	TELEFON BROJ:
ADRESA:	GRAD:	DRŽAVA:	POŠTANSKI BROJ:

IMENUJEM OVU OSOBU DA BUDE MOJ OVLAŠĆENI PREDSTAVNIK KOJI ĆE
PODNIJETI ZAHTJEV ZA MEDICAID ZA MENE.

POTPIS PODNOSIOCA PRIJAVE: X _____ DATUM: _____

**MOLIMO, PRILOŽITE DOKAZ O STATUSU OVLAŠĆENOG PREDSTAVNIKA. PRIMJERI
PRIHVATLJIVE VERIFIKACIJE OVLAŠĆENOG PREDSTAVNIKA UKLJUČUJU:**

- OBRAZAC ZA IMENOVANJE OVLAŠĆENOG PREDSTAVNIKA MAP-14 – KOJI MOŽETE
NAĆI OVDJE <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/MAPForms/MAP14.pdf>
- DOKUMENTI O PUNOMOĆJU
- SUDSKI DOKUMENTI ZA POTVRĐIVANJE STARATELJSTVA

INFORMACIJE O DOMAĆINSTVU

NAVEDITE SVA LICA KOJA ŽIVE U VAŠEM DOMU

Odnos	Prezime	Ime	Srednji inicijal	Datum rođenja	Pol	Broj socijalnog osiguranja	Rasa *	Hispanac/Latino?	Američki građanin?
SAMAC					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž			<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N

***ZA RASU:** Koristite bilo koji od ovih kodova koji su primjenljivi. Ako ne odgovorite, to neće uticati na vašu pokrivenost. (A) američki Indijanci/domorodci Aljaske; (B) crna; (P) Havajski/pacifički ostrvljani; (S) azijski; (W) bijela.

DA LI VI ILI VAŠ SUPRUŽNIK IMATE ZDRAVSTVENO OSIGURANJE?

<input type="checkbox"/> MEDICARE DIO A Samac <input type="checkbox"/> Supružnik <input type="checkbox"/>	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	DATUM
	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	OSTVARIVANJA:
<input type="checkbox"/> MEDICARE DIO B Samac <input type="checkbox"/> Supružnik <input type="checkbox"/>	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	DATUM
	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	OSTVARIVANJA:
<input type="checkbox"/> MEDICARE DIO C Samac <input type="checkbox"/> Supružnik <input type="checkbox"/>	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	DATUM
	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	OSTVARIVANJA:
<input type="checkbox"/> MEDICARE DIO D Samac <input type="checkbox"/> Supružnik <input type="checkbox"/>	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	DATUM
	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	OSTVARIVANJA:
NAZIV IZDAVAČA: Samac <input type="checkbox"/> Supružnik <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> DRUGA POLISA OSIGURANJA	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	DATUM
		OSTVARIVANJA:
NAZIV I ADRESA KOMPANIJE:		
<input type="checkbox"/> DRUGA POLISA OSIGURANJA	ZAHTJEV BR. (NA KARTICI):	DATUM
		OSTVARIVANJA:
NAZIV I ADRESA KOMPANIJE:		

VAŠ PRIHOD I PRIHOD VAŠEG SUPRUŽNIKA, AKO STE U BRAKU:

NEZARAĐENI PRIHOD			
PRIMJERI: SOCIJALNO OSIGURANJE, VETERANI, ŽELJEZNIČKA PENZIJA, PENZIJE, IZDRŽAVANJE ILI ALIMENTACIJA, PRIHOD OD ZAKUPNINE, DUVANSKI OBRAČUN, PLAĆANJE OD ANUITETI/INVESTICIJE			
ČIJI PRIHODI	VRSTA PRIHODA	BRUTO IZNOS (PRIJE ODBITAKA)	KOLIKO ČESTO SE PRIMA

ZARAĐENI PRIHOD				
PRIMJERI: PLATE OD POSLA ILI PRIHODA OD SAMOZAPOŠLJAVANJA				
ČIJI PRIHODI	VRSTA PRIHODA	BRUTO IZNOS (PRIJE ODBITAKA)	KOLIKO ČESTO SE PRIMA	NAZIV I ADRESA POSLODAVCA

MOLIMO, DOSTAVITE DOKAZ O SVIM PRIHODIMA. PRIMJERI PRIHVATLJIVE VERIFIKACIJE UKLJUČUJU:

- NAGRADNA PISMA IZ SOCIJALNOG OSIGURANJA, VETERANSKIH POSLOVA ILI ŽELJEZNIČKOG PENZIONISANJA
- KOPIJE PLATNIH LISTOVA
- KOPIJE PORESKIH EVIDENCIJA ZA SAMOZAPOŠLJAVANJE
- SUDSKI NALOZI ZA ALIMENTACIJU ILI IZDRŽAVANJE
- IZJAVE KOMPANIJE ZA PENZIJE I PENZIONISANJE

DA LI VI ILI VAŠ SUPRUŽNIK IMATE IKAKVIH RESURSA?

PRIMJERI RESURSA UKLJUČUJU: BANKOVNI RAČUNI, DIONICE I OBVEZNICE, TRUSTOVI, ANUITETI, VOZILA. MORATE PRUŽITI DOKAZ O OVIM RESURSIMA. PRIHVATLJIVI DOKAZI UKLJUČUJU BANKOVNE IZVODE, BROKERSKE IZJAVE, KOPIJE TRUSTOVA/ANUITETA.

VRSTA RESURSA	SALDO/ VRIJEDNOST	RESURS DRŽI? (NAZIV BANKE ILI KOMPANIJE)	VLASNICI	BROJ RAČUNA

JESTE LI PRENIJELI ILI PRODALI NEKI RESURS U POSLJEDNJIH 5 GODINA? AKO DA, MOLIMO OBJASNITE:

RESURSI UKLJUČUJU I POLISE ŽIVOTNOG OSIGURANJA ILI UNAPRIJED PLAĆENE POGREBNE ARANŽMANE NAPRAVLJENE ZA VAS ILI VAŠEG SUPRUŽNIKA:

VLASNIK POLISE	OSIGURAVAJUĆE DRUŠTVO/POGREBNO PODUZEĆE	BROJ POLISE	NOMINALNA VRIJEDNOST	GOTOVINSKA OTKUPNA VRIJEDNOST POLICE

DA LI STE VI ILI VAŠ SUPRUŽNIK VLASNIK KUĆE U KOJOJ ŽIVITE? AKO DA, MOLIMO UNESITE INFORMACIJE ISPOD:	DA LI VI ILI VAŠ SUPRUŽNIK POSJEDUJETE NEKRETNINU U KOJOJ NE ŽIVITE? AKO DA, MOLIMO UNESITE INFORMACIJE ISPOD:
ADRESA:	ADRESA:
TRENUTNA VRIJEDNOST PVA:	TRENUTNA VRIJEDNOST PVA:

IZJAVA O RAZUMIJEVANJU I SPORAZUMU

Potvrđujem da su ove informacije tačne i istinite prema mojim saznanjima. Razumijem da Zakon o socijalnom osiguranju zahtijeva da svi primaoci pomoći dostave i budu identificirani brojem socijalnog osiguranja i ako pojedinac odbije da se prijavi za broj, da Odjel ne može izvršiti isplatu ili obezbijediti Medicaid. Razumijem da će se brojevi socijalnog osiguranja koristiti za različite državne i savezne pretrage putem Sistema za provjeru prihoda i podobnosti (IEVS). Ove pretrage uključuju, ali nisu ograničene na socijalno osiguranje, IRS, SSI, evidenciju o plaćama, osiguranje za slučaj nezaposlenosti i druge pretrage koje su predviđene pod nadležnošću IEVS-a. Ove informacije se mogu provjeriti putem kolateralnog kontakta ako se otkriju neslaganja. Informacije dostavljene u okviru IEVS-a, nakon verifikacije, mogu uticati na podobnost i iznos beneficija. Ove informacije će se otkriti drugim agencijama samo u skladu sa zakonom. Izjavljujem da su sva lica za koja se podnosi zahtjev državljanji SAD-a ili su primljena pod odobrenim statusom stranca. Pod prijetnjom kazne za krivokletstvo potvrđujem da su informacije, uključujući državljanstvo ili status stranca, koje sam naveo/navela u ovoj izjavi, tačne i istinite prema mom najboljem saznanju i dajem pristanak Odjelu za usluge u zajednici da kontaktira sve potrebne kontakte radi provjere moje izjave. Razumijem da se informacije u ovoj prijavi koriste da bi se utvrdilo da li ispunjavam uslove za beneficije Ministarstva za usluge na lokalnom nivou. Razumijem da ako dam lažne informacije, uskratim informacije ili ne prijavim promjene u roku od 10 dana, mogu biti predmet krivičnog gonjenja zbog prevare, smanjenja ili gubitka beneficija i da se od mene može tražiti da vratim primljene beneficije. Nadalje dajem saglasnost Ministarstvo za usluge na lokalnom nivou da kontaktira sve neophodne kontakte kako bi potvrdio moju izjavu ili dobio dodatne informacije koje se odnose na moju podobnost. Svi zahtjevi za pomoć se razmatraju bez obzira na rasu, boju kože, pol, invaliditet, vjersko uvjerenje, nacionalno porijeklo ili politička uvjerenja. Vi ili vaš predstavnik možete zatražiti pošteno saslušanje tako što ćete kontaktirati svog radnika ako se ne slažete s bilo kojom radnjom poduzetom u vašem slučaju. Vaš slučaj može iznijeti na ročištu bilo koja osoba koju odaberete.

X _____
Potpis podnosioca prijave

Datum

X _____
Potpis supružnika ili ovlaštenog predstavnika podnosioca prijave

Datum

X _____
Potpis svjedoka (ako je potpisan znakom)

Datum

procjenu potreba za kynect resursima

Slijedi dodatna procjena potreba za resursima koja je **dobrovoljna** i ne utiče na vaše Medicaid beneficije. Ova procjena nam pomaže da identifikujemo i razumijemo druge potrebe koje vi i vaše domaćinstvo možete imati i koje mogu da utiču na vaše zdravlje te da vas povežemo sa resursima/uslugama/programima zajednice koji mogu biti od pomoći, kao što su prijevoz, komunalije, hrana, briga o djeci itd. Svoje rezultate možete pregledati tako što ćete se prijaviti na svoj kynect nalog na <https://kynect.ky.gov/resources> ili pozvati 2-1-1 da vas uputi na resurse/usluge/programme zajednice.

Svi dodatni članovi domaćinstva mogu da završe sopstvenu procjenu individualnih potreba tako što će se prijaviti na svoj kynect nalog na mreži na <https://kynect.ky.gov/resources> ili pozivom na 2-1-1.

Zaokružite slovo koje najbolje opisuje vašu situaciju:

1. Šta najbolje opisuje vašu stambenu situaciju?

- a. Nemam stabilno stanovanje.
- b. Privremeno živim sa prijateljem ili članom porodice.
- c. Trenutno ne plaćam stanarinu/hipoteku i u opasnosti sam od deložacije.
- d. Plaćam stanarinu/hipoteku, ali mi je to nepriuštivo (preko 30% prihoda).
- e. Trenutno koristim program pomoći za iznajmljivanje/hipoteku.
- f. Plaćam stanarinu/hipoteku bez poteškoća.

2. Šta najbolje opisuje stanje vaše stambene komunalije (voda, struja, grijanje)?

- a. Nemam stanovanje/nemam komunalije za moju stambenu situaciju.
- b. Često mi se gase komunalije zbog neplaćanja.
- c. Koristim programe koji pomažu u plaćanju komunalnih usluga.
- d. Imam problema s plaćanjem komunalija, ali uglavnom mogu platiti.
- e. Mogu platiti svoje komunalije tako da se nikada ne isključe.

3. Šta najbolje opisuje vašu trenutnu situaciju sa zaposlenjem?

- a. Nemam posao.
- b. Imam privremeni, sezonski ili honorarni posao koji NE zadovoljava moje potrebe, treba mi više posla.
- c. Puno radno vrijeme bez beneficija ili sa beneficijama koje ne zadovoljavaju moje potrebe.
(Napomena: Beneficije mogu uključivati medicinsko, stomatološko osiguranje i osiguranje vida i penzione pakete)
- d. Imam privremeni, sezonski ili honorarni posao koji ZADOVOLJAVA moje potrebe, ne treba mi više posla.
- e. Puno radno vrijeme sa beneficijama koje zadovoljavaju moje potrebe.

4. Šta najbolje opisuje vašu situaciju sa prihodom?

- a. Nemam prihoda.
- b. Moja primanja nisu redovna.
- c. Moj prihod nije dovoljan da zadovolji moje potrebe.
- d. Svoje osnovne potrebe mogu zadovoljiti uz pomoć programa pomoći.
- e. Svoje osnovne potrebe mogu zadovoljiti bez pomoći.
- f. Moj prihod zadovoljava moje potrebe, njime se dobro upravlja i mogu uštedjeti.

5. Šta najbolje opisuje vašu situaciju sa hranom?

- a. Nemam za hranu.
- b. Mogu da nabavim hranu, ali nemam ni prostora ni vremena da pripremim obrok.
- c. Moje domaćinstvo prima pomoć za hranu kao što je SNAP (bonovi za hranu) ili drugu pomoć u hrani.
- d. Mogu zadovoljiti svoje osnovne potrebe za hranom, ali mi je potrebna povremena pomoć kao što je javna kuhinja.
- e. Svoje osnovne potrebe za hranom mogu zadovoljiti bez pomoći.
- f. Mogu izabrati da kupim bilo koju hranu koju moje domaćinstvo želi.

6. Šta najbolje opisuje vašu situaciju u vezi brige o djeci?

- a. Trebam čuvanje djece, ali trenutno ne mogu priuštiti čuvanje djece.
- b. Mogu priuštiti brigu o djeci, ali opcije za brigu o djeci su nepouzidane ili nedostupne.
- c. Brigu o djeci pruža lični prijatelj ili član porodice.
- d. Mogu odabrati kvalitetnu brigu o djeci po svom izboru.
- e. Ne treba mi čuvanje djece u ovom trenutku.

7. Šta najbolje opisuje vaš nivo obrazovanja?

- a. Nemam srednjoškolsku diplomu/GED ili mi je potrebna pomoć u čitanju i pisanju.
- b. Imam srednjoškolsku diplomu/GED, ali jezik mi predstavlja barijeru.
- c. Imam srednjoškolsku diplomu/GED, ali mi je potrebno dodatna edukacija /obuka da bih poboljšao svoju situaciju na poslu.
- d. Završio sam edukaciju/obuku potrebnu za zaposlenje.
- e. Trenutno sam u srednjoj školi ili u ustanovi za edukaciju/obuku.

8. Šta najbolje opisuje vaše zdravstveno osiguranje?

- a. Nemam zdravstveno osiguranje i treba mi pokriće što je prije moguće.
- b. Nemam zdravstveno osiguranje i nemam hitnu potrebu za pokrićem.
- c. Neki članovi mog domaćinstva (kao što su djeca) imaju zdravstveno osiguranje, ali želim pomoć u razumijevanju kako ga koristiti.
- d. Neki članovi mog domaćinstva (kao što su djeca) imaju zdravstveno osiguranje i razumijemo kako ga koristiti.
- e. Svi članovi mog domaćinstva su pokriveni pristupačnim zdravstvenim osiguranjem, ali želim pomoć u razumijevanju kako ga koristiti.
- f. Svi članovi mog domaćinstva su pokriveni pristupačnim zdravstvenim osiguranjem i razumijemo kako ga koristiti.

9. Šta najbolje opisuje vašu situaciju u vezi prijevoza?

- a. Nemam pristup prijevozu.
- b. Imam auto ali ne mogu da ga vozim ili je nepouzdan.
- c. Koristim javni prijevoz ili bicikl, ali je to nezgodno ili ograničeno.
- d. Ne treba mi pomoć oko prijevoza.

10. Da li su vam potrebni resursi vezani za mentalno zdravlje?

- a. Da, potrebna mi je pomoć oko mog mentalnog zdravlja.
- b. Ne, nije mi potrebna pomoć u pogledu mog mentalnog zdravlja.

11. Da li su vam potrebni resursi vezani za upotrebu narkotika?

- a. Da, potrebni su mi resursi za upotrebu narkotika.
- b. Ne, nisu mi potrebni resursi za upotrebu narkotika.

12. Da li su vam potrebni resursi u vezi sa nasiljem u porodici?

- a. Da, potrebni su mi resursi za nasiljem u porodici.
- b. Ne, nisu mi potrebni resursi za nasiljem u porodici.

13. Šta najbolje opisuje Vašu situaciju za brigu o starima i/ili invalidima?

- a. Trebam hitnu pomoć za sebe ili nekoga ko je pod mojom brigom zbog godina ili invaliditeta.
- b. Ja ili neko o kome se brinem mogao bi koristiti pomoć u njezi zbog godina ili invaliditeta.
- c. Nemam potrebu za pomoći u brizi o starima/invalidima.

14. Šta najbolje opisuje školsko iskustvo vaše djece?

- a. Imam jedno ili više djece školskog uzrasta koja nisu upisana u školu.
- b. Moje dijete ili djeca su upisana u školu, ali je pohađaju samo dio vremena.
- c. Moje dijete ili djeca su upisana i pohađaju nastavu većinu ili cijelo vrijeme.
- d. Nemam djece školskog uzrasta.

15. Šta najbolje opisuje vašu sposobnost da svakodnevno ispunjavate svoje osnovne potrebe?

- a. Nemam mogućnost da zadovoljim osnovne potrebe kao što su hrana, odjeća ili mjesto za redovno kupanje.
- b. Mogu zadovoljiti nekoliko, ali ne i sve svoje osnovne potrebe.
- c. Mogu zadovoljiti većinu, ali ne i sve svoje osnovne potrebe.
- d. Svakodnevno sam u mogućnosti da zadovoljim sve svoje osnovne potrebe.

16. Šta najbolje opisuje vaše društvene veze i prijateljstva?

- a. Izoliran sam i/ili ne želim komunicirati s ljudima.
- b. Volio bih da budem više uključen/uključena u porodicu ili grupe, ali treba mi više informacija ili podrške.
- c. Imam jaku porodičnu/društvenu podršku i/ili sam aktivno uključen/uključena u svoju zajednicu ili grupe za podršku.

17. Šta najbolje opisuje vašu potrebu za pravnom podrškom?

- a. Imam nepodmireni(e) nalog(e) ili imam neriješene troškove.
- b. U potpunosti se pridržavam uslova uslovne kazne.
- c. Nemam istoriju krivičnih djela ili nisam bio uključen/uključena u krivično pravosuđe više od 12 mjeseci.

18. Šta najbolje opisuje vaše roditeljske vještine?

- a. Potrebni su mi resursi da poboljšam svoje roditeljske vještine.
- b. Moje roditeljske vještine su adekvatne ili dobro razvijene.
- c. Nemam djece