

Дата: \_\_\_\_\_

Номер дела: \_\_\_\_\_

Наименование дела: \_\_\_\_\_

### **Уведомление заявителей и участников о страховании здоровья третьей стороной (Russian)**

Одним из необходимых условий оформления и получения денежного пособия (Cash Assistance) является оформление и использование заявителями и участниками любых видов группового страхования здоровья, какими они могут воспользоваться. Это может быть страхование, предоставляемое их нынешним или прежним работодателем, профсоюзный страховой план, страховое покрытие в рамках страховки, имеющейся у юридически ответственного родственника, или по любой иной линии.

Вы обязаны представить сведения о страховании здоровья в отношении себя и прочих юридически ответственных родственников, которым положено страховое покрытие по линии группового страхования здоровья. Просим обратиться к соответствующему лицу (нынешнему или бывшему работодателю, представителю профсоюза или иной структуры, предоставляющей групповое страхование здоровья), чтобы оно заполнило обратную сторону этого бланка и вернуло его Вам. Если Вам было дано указание отправить этот бланк по почте, вышлите его по указанному адресу. Если Вам назначено собеседование, принесите с собой заполненный бланк, а также все карточки-удостоверения, выданные Вам для медицинского и стоматологического обслуживания и получения оптики и (или) лекарственных препаратов по назначению врача.

Если Вы откажетесь (или не станете) выполнять требования, связанные с проверкой этих сведений, или откажетесь оформлять страховку в рамках группового страхования здоровья, которой Вы можете воспользоваться, это может повлечь за собой отказ в предоставлении Вам (или лишение Вас) денежного пособия и льгот Medicaid на основании NYCRR 351.1(b)(2)(iii).

Имя и фамилия заявителя (участника): \_\_\_\_\_ Номер дела: \_\_\_\_\_

Страхование здоровья для: \_\_\_\_\_  
(имя и фамилия нынешнего или бывшего работника)

Дата начала работы по найму: \_\_\_\_\_ Дата окончания работы по найму: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства в период Вашей работы: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Номер социального страхования, по которому вносились платежи: \_\_\_\_\_

Застраховано ли здоровье работника? Да  Нет

По линии работодателя: \_\_\_\_\_ По линии профсоюза: \_\_\_\_\_

Название страховой компании: \_\_\_\_\_ Номера группы: \_\_\_\_\_

№ полиса или личный номер: \_\_\_\_\_ Период действия страхового покрытия:  
с: \_\_\_\_\_  
по: \_\_\_\_\_

Имена и фамилии застрахованных лиц: \_\_\_\_\_

Работодатель выплачивал: \_\_\_\_\_ долл. в \_\_\_\_\_  
(в неделю или месяц)

Тип страхового покрытия	Осн. обсл-е	Стационар	Уход за престар.	Клинич.	Лек. преп.	Надомн. уход	Стомат.	Учр-е по уходу	Оптика
Пометьте крестиком (x) код (ы) соответствующего покрытия	<input type="checkbox"/>								

Если это лицо больше у вас не работает, продолжается ли действие его страхового покрытия? Да  Нет

Возможно ли превращение полиса в полис индивидуального страхования? Да  Нет

Стоимость перевода полиса на работника: \_\_\_\_\_ долл. в \_\_\_\_\_  
(в неделю или месяц)

**Сведения о работодателе**

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Кодовый номер работодателя / Employer ID No. : \_\_\_\_\_

Впишите свои имя и фамилию (разборчиво) / Please print your name: \_\_\_\_\_

Подпись / Signature: \_\_\_\_\_

Должность / Title: \_\_\_\_\_