

## Форма декларации об отсутствии права на участие в другой программе медицинского страхования

Используйте данную форму, чтобы подтвердить факт того, что вы или ваш несовершеннолетний ребенок в настоящее время не имеют права на минимальное основное покрытие по другим программам. Минимальное основное покрытие — покрытие, обеспечивающее лицу удовлетворение индивидуальных потребностей в соответствии с Законом о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act). К такому типу страхования относят индивидуальные полисы, реализуемые на рынке, покрытие, обеспечиваемое работодателем, страховые продукты Washington Apple Health (Medicaid), программу медицинского страхования детей Children's Health Insurance Program (CHIP), TRICARE, программу страхового медицинского обслуживания Администрации ветеранов (Veteran's Administration (VA) Health Care) или Корпуса мира (Peace Corps), обеспечивающие основные условия медицинского страхования.

Номер заявки (необязательно)	Номер по системе социального обеспечения	Сегодняшняя дата (мм/дд/гггг)
------------------------------	------------------------------------------	-------------------------------

### Данные заявителя/несовершеннолетнего ребенка

Имя	Инициал среднего имени	Фамилия
Дата рождения (мм/чч/гггг)	Номер телефона для связи в дневное время	Адрес электронной почты

Настоящим письмом подтверждаю, что \_\_\_\_\_ (фамилия и имя заявителя или его несовершеннолетнего ребенка печатными буквами), не имеет права на пользование следующими видами страхового медицинского покрытия (отметьте все, что относится к заявителю/несовершеннолетнему ребенку)

- Страхование по месту работы     Washington Apple Health (Medicaid)  
 Программа страхования детей Children's Health Insurance Plan     TRICARE  
 Программа страхования Администрации ветеранов Veteran's Administration Health Care  
 Программа страхования участников Корпуса мира (Peace Corps)     Medicare

в соответствии с разделом 36B(c)(2)(B) и (C) кодекса Налогового управления США (Internal Revenue Service) на момент подачи заявки на участие в программе медицинского страхования посредством рынка медицинского страхования Washington Healthplanfinder.

### Прочитайте и поставьте подпись в данной форме

Под страхом обвинения в лжесвидетельстве я заявляю, что информация, содержащаяся в настоящем документе, является достоверной и точной, а также выражаю свое согласие с тем, что любая фальсификация или искажение информации, представленной в заявке на участие в программе медицинского страхования посредством рынка медицинского страхования Washington Healthplanfinder, могут являться основанием для моего исключения из соответствующей программы.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ Дата подписи (мм/чч/гггг)

**X**

Подпись родителя/законного опекуна (если применимо) \_\_\_\_\_ Дата подписания (мм/чч/гггг)

**X**

Фамилия и имя родителя/законного опекуна (печатными буквами)

- Отметив это поле, я подтверждаю, что являюсь родителем или законным опекуном несовершеннолетнего ребенка, указанного в настоящей форме, и ставлю подпись от имени этого ребенка.

### Подать форму:

Загрузите данную форму в вашу учетную запись в системе Washington Healthplanfinder либо перешлите по почте:

Washington Healthplanfinder  
PO Box 946  
Olympia, WA 98507-1757

## Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority не исключает людей и не относится к ним по-разному из-за расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority также обеспечивает соответствие всем применимым законам штата и не допускает дискриминации на основе вероисповедания, а также по гендерной принадлежности, гендерному самовыражению или идентичности, сексуальной ориентации, семейному положению, религиозным убеждениям, статусу ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой или статусу военнослужащего или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- Для эффективного взаимодействия предоставляет безвозмездную помощь и оказывает услуги людям с ограниченными возможностями, а именно:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы).
- Предоставляет бесплатные услуги перевода людям, для которых английский не является основным языком, а именно:
  - услуги квалифицированных переводчиков;
  - письменную информацию на других языках.

Если вы нуждаетесь в таких услугах, обратитесь к 1-855-923-4633

Если вы считаете, что Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority не предоставляет соответствующие услуги или применила иную практику дискриминации, вы можете подать жалобу по почте в адрес:

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653 <a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a>	Health Care Authority Division of Legal Services  ATTN: Compliance Officer  PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 <a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Вы можете подать жалобу лично или отправить по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, вам поможет Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социальных служб США), Office for Civil Rights

(Управление по гражданским правам), в электронном виде через Office for Civil Rights Complaint Portal, доступный по ссылке: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201 (США)  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)  
Бланки жалобы доступны по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 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 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໆ ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).