

ОТЧЕТ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ MEDICAID MEDICAID CHANGE REPORT

Если в вашей информации произойдут изменения, вы можете воспользоваться этой формой, чтобы сообщить об этом. Вы также можете сообщить об изменениях через Интернет на сайте access.wi.gov или связавшись с нашим работником по телефону или лично. Если вы сообщаете об изменениях, используя данную форму, заполните ее и отправьте в ваш местный отдел Medicaid. Вы можете узнать адрес окружного отдела/отдела племенной территории для заполнения ячейки внизу, позвонив по номеру 1-800-362-3002 или по ссылке dhfs.wisconsin.gov/medicaid1/contacts/index.htm.

Вы должны сообщить о случаях присоединения какого-либо лица к вашей семье или выхода его из состава вашей семьи, а также о вступлении в брак, беременности, рождении ребенка, об изменении адреса, дохода, активов или статуса трудоустройства любых лиц **в течение десяти дней**. Если вам не хватает места в данной форме, чтобы сообщить об изменениях, приложите лист бумаги с дополнительной информацией к данному отчету.

Если вы не сообщите о каких-либо изменениях или предоставите ложную информацию, вы можете быть оштрафованы, вас могут обязать оплатить незаконно полученные от Medicaid льготы (даже если вы не использовали свою карточку), вы можете привлекаться к судебной ответственности или к вам могут быть применены все три меры. От вас могут потребовать предоставления доказательства любого изменения, о котором вы сообщаете.

(Отдел Medicaid)

Информация, позволяющая идентифицировать личность, будет использоваться только для непосредственного администрирования программы Medicaid.

Ваше имя	Номер дела	Имя работника
----------	------------	---------------

РАЗДЕЛ 1 – ИЗМЕНЕНИЯ В АДРЕСЕ

Если вы переехали, вы должны сообщить ваш новый адрес.

Дата изменения	Новый номер телефона
----------------	----------------------

Новый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс)

РАЗДЕЛ 2 – ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ СЕМЬИ

Вы должны сообщить о присоединении к вашей семье или выхода из состава вашей семьи какого-либо лица, о свадьбе, беременности любого члена семьи или рождении ребенка (включая информацию как о матери, так и о новорожденном).

ФИО (фамилия, имя, второе имя/отчество)	Дата изменения	
Social Security Number (SSN)*	Дата рождения	Отношение к заявителю

Опишите изменение

Указание или подача заявления на получение SSN является необязательной. Тем не менее, любой человек, который хочет стать участником программы Wisconsin Medicaid, но не хочет указывать свой SSN или подавать заявление на его получение, не будет иметь право на льготы согласно Wisconsin Statutes разделу 49.82(2).

РАЗДЕЛ 3 – ИЗМЕНЕНИЯ В АКТИВАХ

Вы должны сообщить об изменениях в наличных средствах, банковских счетах, акциях и облигациях или других активах вашей семьи.

ФИО владельца (фамилия, имя, второе имя/отчество)		Дата изменения
Тип актива	Опишите изменение	Новая стоимость или сумма \$

РАЗДЕЛ 4 – ИЗМЕНЕНИЯ В РЕСУРСАХ/ДОХОДЕ

Вы должны сообщить о любом доходе или ресурсах, которые вы и/или ваш супруг (ваша супруга) отдали или продали меньше чем за реальную рыночную стоимость. Примеры ресурсов включают наличные и подарки наличными, недвижимость, акции или облигации, наследство и т.д.

Тип актива или дохода	Дата продажи или передачи	Величина актива или дохода \$
-----------------------	---------------------------	----------------------------------

Что вы получили взамен?

РАЗДЕЛ 5 – ИЗМЕНЕНИЯ В ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВАХ

Вы должны сообщить о приобретении, продаже или передаче легкового или грузового автомобиля, мотоцикла, лодки, снегохода, жилого автофургона или другого типа транспортного средства.

ФИО владельца (фамилия, имя, второе имя/отчество)			Дата изменения
Тип транспортного средства	Марка	Модель	Год
Опишите изменение (покупка, продажа и т.д.)	Полученная сумма \$	Реальная рыночная стоимость* \$	Сумма задолженности \$

* Под реальной рыночной стоимостью мы подразумеваем сумму, которую вы получили бы за ваше транспортное средство, если бы выставили его в открытую продажу.

РАЗДЕЛ 6 – ИЗМЕНЕНИЯ В ДОХОДЕ

Вы должны сообщить об изменениях в вашей общей сумме дохода, о новом источнике дохода, изменениях в статусе трудоустройства (переход с частичной на полную или с полной на частичную занятость, потеря работы), изменениях в зарплате или ставке, изменениях в сумме Social Security, Veterans benefits, Unemployment Insurance, Worker's Compensation или о любых других изменениях в сумме денег, получаемой вашей семьей.

ФИО (фамилия, имя, второе имя/отчество)	Дата изменения дохода
Источник дохода	Ежемесячная сумма \$

Как часто выплачивается: Каждую неделю Через неделю Дважды в месяц Раз в месяц

РАЗДЕЛ 7 – ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Вы должны сообщить о любых других изменениях, которые могут повлиять на правомочность вашего участия в программе Medicaid. Примерами других изменений может служить получение или прекращение получения страховки, получение статуса недееспособности или восстановление дееспособности любого лица. Примером изменения может также быть изменение в расходах, как например, увеличение или уменьшение медицинских страховых взносов, медицинских расходов или расходов на проживание.

Опишите изменение	Дата изменения
-------------------	----------------

Вы ожидаете, что изменения, указанные в данной форме, сохранятся неизменными в следующем месяце? Да
 Нет

Если нет, объясните.

РАЗДЕЛ 8 – ПОДПИСЬ

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Я понимаю, что сокрытие информации или предоставление ложной информации является наказуемым деянием.	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Я понимаю, что мне, возможно, придется возместить любые полученные мной льготы из-за неполного информирования об изменениях в моих обстоятельствах (даже если я не использую карточку Medicaid).	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Я согласен представить доказательство любых изменений, если меня об этом попросят.	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Мои ответы на вопросы данного отчета, насколько мне известно, являются точными и полными.	
ПОДПИСЬ – участник	Дата подписания	Номер телефона

Если вам не хватает места в данной форме, чтобы сообщить об изменениях, приложите лист бумаги с дополнительной информацией к данному отчету.