MNsure℠
Здесь вы подберите себе медицинскую страховку

Small Business Health Options Program - SHOP (Программа медицинского страхования для малого бизнеса)

Заявление наемного работника на получение медицинской страховки

Воспользуйтесь этой формой заявления для регистрации в программе медицинского страхования, предлагаемой вашим работодателем в рамках программы «Рынок страхования SHOP».

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ

Подайте заявление онлайн — это еще быстрее

Посетите веб-сайт **www.mnsure.org**. Подробная информация о страховании по программе SHOP также доступна на Рынке медицинского страхования (Health Insurance Marketplace).

Помощь

Спросите у вашего работодателя, к кому обращаться с вопросами.

- **Онлайн**: **www.mnsure.org**
- **По телефону**: позвоните в наш контактный центр (Contact Center) по телефону **1-855-366-7873**.
- **Лично**: в вашем районе может работать координатор или брокер, который сможет вам помочь.
- Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.

Что дальше?

Сохраните копии заполненных форм, включая данное заявление. Верните заполненное и подписанное заявление работодателю, а он направит его в MNsure. Мы сообщим вам о том, как создать учетную запись SHOP, узнать о стоимости и страховом покрытии и зарегистрироваться в плане.

Варианты

Если ваша доля в выплате взносов за страхование только наемного работника превышает 9,5% дохода вашей семьи, вы можете иметь право на финансовую помощь через Рынок медицинского страхования для отдельных людей. Посетите веб-сайт **www.mnsure.org**, чтобы узнать больше.

Ваша информация является конфиденциальной.

- Мы сохраним конфиденциальность предоставленной вами информации, как того требует закон. Для получения подробной информации ознакомьтесь с приложением A к «Уведомлению о порядке обеспечения конфиденциальности» (Notice of Privacy Practices).
- Чтобы проверить ваше право на участие в MNsure и приобрести подходящий план медицинского страхования у вашего работодателя, MNsure собирает личную информацию и сравнивает ее с данными штата и федеральных служб. MNsure необходимо собирать эту информацию, чтобы убедиться, что ваша компания расположена в Миннесоте, что у вас 50 или меньше сотрудников, и вы не являетесь индивидуальным предпринимателем. Если вы не хотите отвечать на вопросы, вы не сможете оформить покупку. Эти данные будут использоваться сотрудниками MNsure, чьи должностные обязанности обоснованно предусматривают доступ к вашей информации; данные будут передаваться только лицам, уполномоченным по законам штата или федеральным законам.

Эту информацию можно получить в форматах, доступных для людей с инвалидностью, позвонив по телефону 1-855-366-7873, или используя службу речевой передачи. Для получения дополнительной информации о правах и средствах защиты инвалидов обращайтесь к Координатору по исполнению Закона об американских инвалидах (ADA Coordinator) в агентстве.

Кто ваш работодатель?

НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ

Вы не заинтересованы в медицинской страховке SHOP?

Если вам не нужна страховка SHOP от вашего работодателя, перейдите к Разделу 4.

РАЗДЕЛ 1 Я заинтересован (-а) в страховке SHOP от данного работодателя.

Информация о вас (наемном работнике)

1. ИМЯ, СРЕДНЕЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ДОПОЛНЕНИЕ К ФАМИЛИИ			
2. SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)/ ИД. НОМЕР НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА	3. ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гггг)		4. ПОЛ ◯ Муж. ◯ Жен.
5. ДОМАШНИЙ АДРЕС			6. КВАРТИРА ИЛИ НОМЕР
7. ГОРОД	8. ШТАТ	9. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	10. ОКРУГ
11. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если отличается от домашнего)			12. КВАРТИРА ИЛИ НОМЕР
13. ГОРОД	14. ШТАТ	15. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	16. ОКРУГ
17. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ			
18. НОМЕР ТЕЛЕФОНА ◯ Мобильный ◯ Домашний ◯ Рабочий	19. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ◯ Мобильный ◯ Домашний ◯ Рабочий		

20. Уведомление будет отправлено по электронной почте. Вы должны зайти на сайт **www.mnsure.org** и создать учетную запись для получения электронных уведомлений.
☐ Отметьте здесь, если вы хотите также получать письменные уведомления почтой.

21. СТАТУС ЗАНЯТОСТИ
☐ Активный ☐ Неактивный ☐ Бывший работник ☐ Инвалидность ☐ На пенсии ☐ COBRA ☐ Профсоюз ☐ Другое

22a. НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ОБЩАТЬСЯ	22b. НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ПИСАТЬ	23. ДАТА ПРИЕМА НА РАБОТУ	24. ДАТА ПРЕКРАЩЕНИЯ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ (если применимо)

25. ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (КАСАЕТСЯ ИСПАНОГОВОРЯЩИХ/ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЕВ)
(НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО — отметьте все подходящие варианты)
☐ Мексиканец ☐ Мексикано-американец ☐ Чикано ☐ Пуэрториканец ☐ Кубинец ☐ Другое

26. РАСА (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО — отметьте все подходящие варианты)
☐ Белый ☐ Темнокожий или афроамериканец ☐ Коренной американец или уроженец Аляски
☐ Индиец ☐ Китаец ☐ Филиппинец ☐ Японец
☐ Кореец ☐ Вьетнамец ☐ Другой азиат ☐ Уроженец Гавайских островов
☐ Уроженец Гуама или чаморро ☐ Уроженец Самоа ☐ Уроженец других тихоокеанских островов ☐ Другое

27. ТИП ЗАНЯТОСТИ ◯ Дома ◯ Не дома	28. СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ РАБОТЫ В НЕДЕЛЮ	29. ГОДОВАЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА

30. Вы являетесь коренным американцем/ уроженцем Аляски, признанным на федеральном уровне? ◯ Да ◯ Нет	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ВАШЕ ПЛЕМЕННОЕ ИМЯ И НОМЕР.	31. Вы употребляете табак? ◯ Да ◯ Нет

НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт **www.mnsure.org** или позвоните нам по телефону 1-855-366-7873. Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, — сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.

РАЗДЕЛ 2 Иждивенцы, подающие заявление на страховку

☐ **У меня нет иждивенцев, подающих заявление на страховку.**

***Примечание.** Выберите тип родственных отношений из приведенных вариантов: супруг (-а), иждивенец или гражданский супруг (-а)

Имя, второе имя, фамилия и дополнение к фамилии	**Дата рождения** (мм/дд/гггг)	**Номер Social Security**	**Кем приходится***	**Пол**	**Употребление табака**	**Коренной американец или уроженец Аляски?** Укажите племя, штат и имя

При необходимости добавьте страницы

НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт **www.mnsure.org** или позвоните нам по телефону 1-855-366-7873. Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, — сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.

РАЗДЕЛ 3 Пожалуйста, прочтите и подпишите данное заявление

- Я подписываю данное заявление под страхом наказания за предоставление ложной информации, что означает правдивость моих ответов на основании известной мне информации. Я знаю, что если я преднамеренно предоставлю ложную или неправдивую информацию, это повлечет за собой наказание в соответствии с федеральным законодательством.
- Мне известно, что моя информация из этой формы будет использоваться только для определения наличия права на получение медицинской страховки; конфиденциальность и безопасность этой информации будет сохранена, как того требует закон. Если у меня будет право на получение страховки, она будет использоваться для того, чтобы помочь мне зарегистрировать в плане.
- Мне известно о необходимости сообщать в программу SHOP, если что-либо из указанного мной в этом заявлении изменится (и станет отличаться). Я могу позвонить агенту или брокеру моего работодателя, посетить сайт **www.mnsure.org** или позвонить по номеру **1-855-366-7873**, чтобы сообщить об изменениях.
- Мне известно, что согласно федеральному законодательству запрещена дискриминация на основании расы, цвета кожи, национальности, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентификации или инвалидности. Подать жалобу по поводу дискриминации я могу, посетив веб-сайт www.hhs.gov/ocr/office/file.

ПОДПИСЬ	ДАТА (мм/дд/гггг)

НУЖНА ПОМОЩЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ? Посетите веб-сайт **www.mnsure.org** или позвоните нам по телефону 1-855-366-7873. Если вам нужна помощь на каком-либо языке, кроме английского, — сообщите нам. Мы поможем вам с переводом бесплатно.

РАЗДЕЛ 4 Если вы не заинтересованы в страховании по программе SHOP от данного работодателя

☐ **Я не заинтересован (-а) в медицинском страховании по программе SHOP от данного работодателя.** Если этот работодатель предлагает медицинское страхование для моих иждивенцев, я отказываюсь от этого предложение также.

Ответьте на следующие вопросы:

У вас есть другой источник медицинского страхования? ◯ Да ◯ Нет

Если **да**, то какой?

☐ Индивидуальное частное медицинское страхование
☐ Страхование с другой работы
☐ Медицинские программы VA (Veteran's Administration [Управление по делам ветеранов])
☐ Индейская служба здравоохранения (Indian Health Service)
☐ Medicare
☐ Medicaid
☐ Страхование через работу другого лица
☐ TRICARE

☐ **Если этот работодатель предлагает покрытие стоматологического обслуживания, я отказываюсь от него.** Если этот работодатель предлагает покрытие стоматологического обслуживания для моих иждивенцев, я отказываюсь от этого предложение также.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ НАЕМНОГО РАБОТНИКА	
ПОДПИСЬ	ДАТА (мм/дд/гггг)

РАЗДЕЛ 5 Подайте заполненное и подписанное заявление вашему работодателю

Ваш работодатель отправит нам ваше заявление, и вы получите от нас подробную информацию о том, как создать учетную запись SHOP, узнать о ценах и страховом покрытии, и как зарегистрироваться в плане.

Если вы хотите зарегистрироваться в штате Миннесота в качестве избирателя, вы можете заполнить форму регистрации избирателя на веб-сайте sos.state.mn.us

Нужна помощь?

Если у вас есть вопросы по данному заявлению или вам нужна помощь в его заполнении, свяжитесь с вашим работодателем, его агентом или брокером, посетите веб-сайты HealthCare.gov, **www.mnsure.org** или позвоните нам по номеру 1-855-366-7873.

Приложение A

Уведомление о порядке обеспечения конфиденциальности

Дата вступления в силу: 01 октября 2013 г.

В настоящем уведомлении говорится о том, как может использоваться и раскрываться ваша личная информация, а также о том, как вы можете получить доступ к такой информации. Внимательно прочитайте данное уведомление.

Для чего нам необходима данная информация?

- Чтобы отличать вас от других людей с одинаковыми или схожими именами и фамилиями.
- Чтобы определить, на какие льготы вы имеете право.
- Чтобы составлять отчеты, проводить исследования, осуществлять проверки и оценивать наши программы.
- Для расследования сообщений о ложных сведениях и мошенничестве.

Почему мы просим указать ваш номер Social Security (социального страхования)?

Нам нужен ваш номер Social Security (SSN) для удостоверения вашей личности и во избежание дублирования. Вы не обязаны предоставлять номер SSN для лиц, которые не обращаются с заявлением на страховку, или если у вас нет номера SSN.

Иммиграционная информация

Вся иммиграционная информация, которую вы предоставляете нам, является конфиденциальной. Мы используем ее для того, чтобы определить, вправе ли вы получить страховку. Мы раскрываем ее только в тех случаях, когда это разрешено или требуется по закону, например для удостоверения личности. Вы не обязаны предоставлять нам иммиграционную информацию, если вы подаете заявление не от своего имени.

Кому мы можем передавать данную информацию?

Мы можем передавать вашу информацию только при необходимости и в соответствии с законом. Мы можем передавать вашу информацию следующим организациям или лицам, которым она необходима по долгу службы:

- сотрудникам или волонтерам других организаций штата, окружных, местных, федеральных, совместных, некоммерческих и частных организаций;
- исследователям, аудиторам, следователям и другим лицам, которые проверяют и изучают качество медицинской помощи или возбуждают уголовные дела, расследуют случаи мошенничества или юридические действия, связанные с управлением программой MNsure;
- медицинским страховым компаниям, организациям здравоохранения, учреждениям организованного медицинского обслуживания и другим лицам и организациям, оплачивающим ваше медицинское обслуживание;
- опекунам, попечителям или лицам, действующим на основании доверенности;
- лицензированным консультантам по подаче заявлений, личным помощникам, координаторам и брокерам (в соответствующих случаях), а также другим лицам и организациям, которым мы должны или можем предоставлять информацию в соответствии с законом.

Участники программы конфиденциальности адресов Safe at Home (Безопасность дома) не должны сообщать домашний, рабочий или другие адреса, которые могут указать на их физическое местонахождение. Лучше использовать безопасный адрес абонентского ящика.

Обязаны ли вы отвечать на задаваемые нами вопросы?

Вы не обязаны предоставлять нам личную информацию. Возможно, без данной информации мы не сможем вам помочь. Если вы предоставите заведомо ложную информацию, в отношении вас может быть проведено расследование, и вам могут предъявить обвинение в мошенничестве.

Наши обязанности

Мы обязаны сохранять конфиденциальность вашей медицинской и другой личной информации в соответствии с положениями настоящего уведомления.

Мы не вправе использовать вашу информацию в целях, не указанных в данной форме, или передавать вашу информацию лицам и организациям, не указанным в данной форме, без вашего письменного разрешения.

Мы не будем продавать какие-либо данные, собранные, созданные или являющиеся частью данного заявления.

Мы обязаны соблюдать положения настоящего уведомления, однако наша политика конфиденциальности может измениться в связи с изменением законов о конфиденциальности. Изменения, внесенные в политику конфиденциальности, будут приведены на нашем веб-сайте по адресу: www.mnsure.org

Каковы ваши права относительно информации о вас, которой мы располагаем?

Вы и уполномоченные вами лица могут просматривать и копировать медицинскую или другую персональную информацию о вас, которой мы располагаем. Возможно, вам придется заплатить за копировальные услуги.

Вы можете проверить, является ли информация о вас, которой мы располагаем, верной. Присылайте жалобы в письменном виде. Сообщите нам причины, по которым информация о вас является неверной или неполной. Пришлите поправки к информации, с которой вы не согласны. При передаче информации другим организациям мы приложим к ней ваше пояснение.

Вы имеете право в письменной форме попросить нас предоставлять вам медицинскую информацию определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете попросить нас высылать медицинскую информацию не на домашний, а на рабочий адрес. Если мы сочтем вашу просьбу обоснованной, мы ее выполним.

Вы имеете право попросить нас ограничить или отказаться от определенных способов использования или раскрытия вашей информации, но мы не обязаны выполнять данную просьбу.

Вы имеете право получить перечень некоторых лиц или организаций, которым мы предоставили вашу информацию.

Чтобы получить копию данного перечня, вы должны направить письменный запрос нашему сотруднику по вопросам соблюдения конфиденциальности.

Если информация вам непонятна, обратитесь в MNsure или к ее партнерам по поддержке клиентов за разъяснениями. Вы можете запросить в MNsure еще одну копию этого уведомления или ознакомиться с политикой конфиденциальности MNsure по адресу www.mnsure.org.

Если вы считаете, что ваше право на конфиденциальность было нарушено?

Если вы считаете, что ваше право на конфиденциальность было нарушено, вы можете подать жалобу. Вам не могут отказать в предоставлении услуг или обращаться с вами ненадлежащим образом из-за того, что вы подали жалобу. Если вы считаете, что ваше право на конфиденциальность медицинской информации было нарушено вашим врачом, больницей, медицинской страховой компанией, планом медицинского обслуживания или аптекой, вы можете направить письменную жалобу в окружное отделение социального обеспечения, в данную организацию либо в федеральный отдел гражданских прав по адресу:

(Департамент здравоохранения и социального обеспечения США)
(Отдел защиты гражданских прав, регион V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (голосовая связь)
1-800-368-1019 (звонок бесплатный)
1-800-537-7697 (линия TTY)
312-886-1807 (факс)

Если вы считаете, что MNsure нарушил ваше право на конфиденциальность, вы можете направить письменную жалобу в Департамент здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services) по указанному выше адресу или по адресу:

(Менеджер MNsure по вопросам конфиденциальности и безопасности)
MNsure Privacy and Security Manager
81 7th Street East, Suite 300
St. Paul, MN 55101-2211

Права и обязанности

У вас есть право требовать проведения слушания

Если вы считаете, что при выделении льгот или рассмотрении вашего заявления была допущена ошибка, вы имеете право потребовать проведения слушания дела по апелляции. При запросе проведения слушания по апелляции вы запрашиваете проведение справедливого пересмотра решения о ваших льготах. Конкретные указания по подаче апелляции можно найти в любом уведомлении, которые вы получали. Вы можете получить более подробную информацию, посетив веб-сайт MNsure, посвященный вопросам об апелляциях. Вы можете попросить о проведении слушания, обратившись к своему персональному помощнику клиента или войдя в свою учетную запись MNsure.

Дискриминация является противозаконной

Отдел защиты гражданских прав Департамента здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) запрещает в своих программах дискриминацию на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности и пола, включая половые стереотипы и гендерную идентификацию. Если вы полагаете, что подверглись дискриминации, у вас есть право подать жалобу непосредственно в федеральное Управление по гражданским правам.

(Департамент здравоохранения и социального обеспечения США)
(Отдел защиты гражданских прав, регион V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (голосовая связь)
1-800-368-1019 (звонок бесплатный)
1-800-537-7697 (линия TTY)

В штате Миннесота, если вы полагаете, что подверглись дискриминации на основании расы, цвета кожи, национальности, религии, убеждений, пола, сексуальной ориентации, статуса, связанного с получением государственной поддержки, возраста или инвалидности, у вас есть право подать жалобу в следующие органы:

(Отделение равных возможностей и доступа MNsure)
MNsure Equal Opportunity and Accessibility
81 7th Street East, Suite 300
St. Paul, MN 55101-2211

(Департамент по правам человека штата Миннесота)
Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building
625 Robert Street North
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (голосовая связь)
1-800-657-3704 (звонок бесплатный)
651-296-1283 (линия TTY)
651-296-9042 (факс)