

## АНКЕТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ

A. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ			
Полное имя при рождении		Дата рождения	№ социального страхования
Место рождения (Город, штат и приложите копию свидетельства о рождении лица)			Ветеран США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Семейное положение	Имя супруга/супруги	Дата и место заключения брака/ развода	
Гражданин США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если "Нет", приложите подтверждение номера А, даты въезда и порта въезда. Приложите копию обеих сторон разрешения на трудоустройство, карты резидента, или любого другого документа, объясняющего текущий иммиграционный статус лица.			
Имеется ли у лица <b>назначенный судом</b> опекун, альтернативный или резервный опекун, поверенный или попечитель? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если "Да", укажите имя и адрес (приложите копии юридических документов):			
Если лицо младше 21 года, проживает ли оно с родителями? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Включено ли лицо в Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если "Да": Идентификационный номер клиента (CIN): _____ Дата одобрения: _____			
Если "Нет": Подано ли заявление на участие в Medicaid? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если "Да", укажите следующее:			
Дата заявления: _____ Дата отказа: _____			
Причина отказа: _____			
Включено ли лицо в альтер. программу HCBS? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Дата включения: _____			
Если "Нет": Подавало ли данное лицо заявление на участие в альтер. программе HCBS? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Дата заявления: _____ Дата отказа: _____			
Причина отказа: _____			
Какие услуги получает/запрашивает лицо? <i>Укажите все услуги, оказываемые агентствами:</i>			
B. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ ЛИЦА			
Имеет ли лицо доход из какого-либо источника? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если "Да", заполните следующие поля, указав все источники дохода лица за последние 3 месяца:			
Источник дохода	Кто получатель?	№ требования	Сумма за месяц
СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ			\$
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЙ ДОХОД (SSI)			\$
Прочие льготы			\$
			\$
Было ли лицо когда-либо трудоустроено или получало ли оно заработную плату (в том числе в рамках практикума)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если "Да", трудоустроено ли лицо в данный момент? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если "Да", заполните следующие данные о текущем работодателе (работодателях), других работодателях и ежемесячной валовой заработной плате за последние 3 месяца.			
Работодатель (работодатели)	Адрес		Валовая з/п

**С. ИНФОРМАЦИЯ ОБ АКТИВАХ ЛИЦА****Ответьте на следующий вопрос, только если лицо будет проживать в ICF:**

Продавало ли, дарило или передавало ли лицо какие-либо средства, недвижимость или другие активы в течение последних 60 месяцев?

Да  Нет

Если "Да", укажите подробную информацию, включая тип актива, стоимость, кому был продан/подарен/передан актив, дату сделки и сумму, за которую был продан актив.

Передавало ли лицо какие-либо активы в траст или производило ли оно какие-либо выплаты из траста, созданного в интересах этого лица?

Да  Нет

Если "Да", приложите копию трастового документа или подробную информацию о трасте, включая источник средств, имя доверительного собственника, местонахождение траста, номер счета и стоимость траста.

Имеется ли у лица банковский счет (счета), счет (счета) кредитного союза, депозитные сертификаты, аннуитет, 401(k), иной пенсионный счет, акции, облигации, ценные бумаги или доля в недвижимом имуществе?

Да  Нет

Если "Да", приложите копии (при необходимости приложите еще один лист, чтобы указать дополнительные активы или детали):

	Актив 1	Актив 2
Тип актива		
Имя лица, получающего банковские выписки или хранящего записи		
Текущая стоимость активов		

Существует ли фонд на погребение данного лица?  Да  Нет Если "Да", приложите копию последней выписки.

Имеется ли у лица распоряжение о похоронах траст на погребение, участок под захоронение или иные элементы, связанные с погребением?

Да  Нет Если "Да", укажите подробную информацию (приложите копию договора):

**D. БУДУЩИЙ ДОХОД ИЛИ АКТИВЫ ЛИЦА**

Располагает ли лицо долей, возможной долей или рассчитывает получить наследство, расчет по судебным искам, трастовый фонд или иное имущество?  Да  Нет

Если "Да", опишите актив ниже (приложите подробную информацию):

**E. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ ЖИЗНИ ЛИЦА**

Имеется ли у лица страхование жизни?  Да  Нет Если "Да", заполните следующие поля (приложите копию полиса):

Название страховой компании и адрес:

№ полиса

Номинал \$

Имя и адрес лица, владеющего полисом

**F. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЛИЦА**

Имеет ли лицо Medicare?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата вступления в силу	№ требования
Часть А - Больничное страхование	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Часть В - Медицинское страхование	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Часть D - План рецептурных препаратов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
План Medicare с преимущ. покрытием	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

Название, адрес и номер телефона по плану Medicare с преимущественным покрытием

Имеет ли лицо другой вид медицинского страхования?  Да  Нет Если "Да", пожалуйста, приложите копию страхового сертификата, полиса, буклета или карточки (с лицевой и обратной стороны) и заполните следующие поля:

Название и адрес страховой компании

№ полиса

№ группы

Прочие идентификаторы

Дата вступления покрытия в силу

Имя страхуемого лица

Название и адрес группы/ работодателя

### G. ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЯХ И СУПРУГЕ ЛИЦА

	Родитель 1	Родитель 2	Супруг/ супруга
Полное имя при рождении/ в девичестве			
Дата рождения			
Место рождения (город, штат)			
Номер социального страхования			
Гражданин США	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Ветеран США Если "Да", укажите:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Серийный номер			
Номер требования			
Получение пособия по инвалидности/пенсии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дата инвалидности/выхода на пенсию			
Дата и место смерти, если применимо			

### H. ФИНАНСОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ЛИЦА

Имеется ли кто-либо, кто владеет финансовой информацией о данном лице?  Да  Нет  
Если "Да", укажите информацию ниже (при необходимости приложите отдельный лист):

Имя	Адрес и номер телефона	Отношение

### I. ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ ВЕРНА В МЕРУ МОЕЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ

Подпись лица, заполняющего форму	Имя печатными буквами	
Отношение к лицу	Дата	Дом. телефон
Моб. телефон	Раб. телефон	Email