

Форма декларирования статуса лица, не находящегося в местах лишения свободы

Используйте данную форму для того, чтобы подтвердить факт того, что вы или ваш несовершеннолетний ребенок в настоящее время не находятся в местах лишения свободы в городской, окружной, федеральной тюрьме или тюрьме штата. Статус лица, находящегося в местах лишения свободы, влияет на получение права бесплатной или бюджетной медицинской страховки в системе *Washington Healthplanfinder*.

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/дд/гггг)	Номер телефона для связи в дневное время	Адрес электронной почты	
Адрес проживания	Кв./Номер		
Город	Штат	Почтовый индекс	Округ

Настоящим письмом подтверждаю, что _____ (фамилия и имя заявителя или несовершеннолетнего ребенка печатными буквами) не находится в местах лишения свободы в 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 X	Дата подписи (мм/чч/гггг)
Подпись родителя/законного опекуна (если применимо) X	Дата подписи (мм/чч/гггг)
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 appeals@wahbexchange.org	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 compliance@hca.wa.gov
--	---

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 - XIYYEEFFANNAA: 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 ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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).