

MISSOURI MC+

ZAHTJEV

MC+ je program zdravstvenog osiguranja drzave Missouri za djecu do 19 godina, neke roditelje i trudnice. Da bi ste podnijeli zahtjev za ovaj program, popunite, potpisite i posaljite prilozeni zahtjev na gore navedenu adresu.

UPUTE ZA ISPUNJAVANJE MC+ ZAHTJEVA

Vi, kao roditelj ili staratelj, ste osoba koja podnosi zahtjev. U gornjem dijelu zahtjeva, molimo vas da napisete vase ime, adresu i broj telefona. U rubrici "Telefonski Broj za Poruku" navedite broj telefona gdje vas mozemo kontaktirati u toku radnog vremena ili gdje mozemo ostaviti poruku za vas.

A — Informacije o vashem domacinstvu:

Navedite svu djecu, roditelje ili staratelje u vashem domu, sebe navedite na prvom mjestu. Vazno je da naznacite srodstvo sa navedenom osobom; na primjer, bracni partner, sin, kcerka itd. Stavite "X" u predvidjeni prostor ako podnosite MC+ zahtjev za to osobu.

B – Prihod

Da bi smo odredili da li se vasa familija kvalificira za MC+ program, molimo da popunite ovaj dio. Prilozite dodatni list papira ako vam je potrebno vise prostora. Molimo vas, da ukoliko je moguće, uz aplikaciju prilozite i dokaz o vashim prihodima.

C - Osiguranje:

Za neke podnosiocel molbe, kvalifikacija za MC+ ovisi o mogucnosti dobivanja zdravstvenog osiguranja. Vazno je da popunite ovaj dio. Navedite sva zdravstvena osiguranja, nezavisno od izvora.

D - Odsustvo jednog roditelja:

Ovaj dio ispunite samo ukoliko jedan od roditelja djece za koju podnosite zahtjev za MC+ ne zivi u vashem domu. Zakon vas obavezuje da saradjujete sa Odjekom za Izdrzavanje Djece da bi ste mogli dobiti sredstva za zdravstvenu zastitu. To znaci da morate saradjivati u indentificiranju odsutnog roditelja; pomoci pronaci odsutnog roditelja, pomoci da se uspostavi ocinstvo i ostale vazne informacije. Vasa saradnja moze biti u vasu korist i u korist vashog djeteta posto rezultat moze biti pronalazenje odsutnog roditelja, pravno uspostavljanje ocinstva i obezbjedjivanje finansijske pomoci, prava na buduće socijalno osiguranje, veteranske i druge drzavne beneficije.

Ako osjecate da nije u najboljem interesu vashog djeteta da odsutni roditelj obezbjedi zdravstveno osiguranje, kao na primjer, zbog zlostavljanja ili prijetnje zlostavljanja u proslosti, stavite "da" u pitanju #1. Mozda imate "dobar razlog" da ne saradjujete ako bi vasa saradnja mogla fizicki ili emocionalno naskoditi vashem djetetu ili vama U tom slucaju morat cete nam pokazati dokaze za taj razlog.

Ako tvrdite "dobar razlog" time sto zaokruzite "da" u pitanju #1 za nesaradnju u dobivanju medicinskog osiguranja, dobit cete obavijest koja ce objasniti u kojim se situacijama moze naci vas dobar razlog, tip dokaza druga informacija koja je potrebna da se donese odluka o vashem slucaju. Mozete takodjer traziti ovu informaciju koja vam moze pomoci da odlucite da li da navedete dobar razlog ili ne.

E - Potpis:

Molimo vas da pazljivo procitate sljedeci dio i da potpisete zahtjev. Efektivan dan MC+ pokrica pocinje od datuma primitka potpisane prijave. Vratite molbu na gore navedenu adresu.

**Ukoliko imate pitanja, nazovite 1-888-275-5908
Zadrzite ovu stranicu. Ona sadrzi vazne informacije.**

DRUGE VAZNE INFORMACIJE O MC+

Ako imate pitanja ili vam je potrebna pomoc prilikom ispunjavanja ovog zahtjeva, nazovite besplatno na broj 1-888-275-5908.

Kada primimo vas zahtjev, uzet cemo ga na razmatranje i u slucaju da nam budu potrebne dodatne informacije, kontaktrirat cemo vas. U slucaju da nemate telefon, mozete nas kontaktirati na gore navedeni broj telefona par dana nakon sto posaljete zahtjev.

Dobit ce te pismeno obavijestjenje kada završimo sa razmatranjem vasesg zahtjeva. Za trudnice, zahtjev ce biti rjesen u roku od 15 dana. Svi ostali zahtjevi ce biti rjeseni u roku od 30 dana. Ako ne budete zadovoljni donesenom odlukom, mozete podnijeti zalbu u roku od 90 dana od datuma donosenja odluke.

POTREBNE INFORMACIJE:

Sljedeca informacija ce mozda biti potrebna da bi se donijela odluka o vasem MC+ zahtjevu:

- Socijane kartice (ili bilo koji drugi dokumenti koji pokazuju socijalne brojeve);
- Dokaz o prihodu (na primjer, odsjecak od platnog cekaa, pismo od poslodavca, dokaz povratka federalne takse, pismo o primitku nagrade, itd.);
- Imigracioni dokumenti koji pokazuju ime, imigracioni status, registracijski broj i datum ulaska u zemlju osoba koje se prijavljuju za MC+ a nisu americki drzavljanii;
- Zdraystveni nalazi koji potvrđuju trudnocu i ocekivani datum poroda (ako se osoba prijavijuje kao trudnica). Ako je moguće, posajijite sve ove dokaze sa vasim zahtjevom. Prihvatit cemo kopije dokumenata. U slucaju da nam posaljete originale, napravit cemo kopije i vratiti ih sa rijesenjem vasesg zahtjeva. **NEMOJTE CEKATI SA SLANJEM OVOG ZAHTJEVA UKOLIKO NEMATE SVE POTREBNE DOKAZE.** Obavjestit cemo vas ukoliko su nam potrebne dodatne informacije.

ZDRAVA DJECA I OMLADINSKI PROGRAM:

Ukoliko se vasa djeca kvalificiraju za MC+ program, onda ona mogu koristiti usluge programa Zdrava Djeca i Omladinski Program (HCY). HCY obezbjedjuje osnovnu i preventivnu zdravstvenu njegu. Vasa djeca mogu ici na zdravstvene preglede, injekcije i testove koji im omogucuju da ostanu zdravi i da na vrijeme otkriju zdravstvene probleme koji bi mozda zahtjevali medicinski tretman. MC+ ce pokriti troskove ovih zdravstvenih usluga. Ako ste trudnica, i ako bi ste zeljeli da provjerite stanje vase trudnoce obratite se vasem lokalnom zdravstvenom centru ili nazovite TEL-LINK (1-800-835-5465)

PRAVA I ODGOVORNOSTI

Morate prijaviti sve nova promjene u okolnostima koje ste naveli u zahtjevom u roku od DESET DANA od nastanka promjene bez obzira na razing. (Obavezni ste da nam javite ukoliko dodje do bilo koje promjene i ne smijete cekati da vas mi kontaktiramo o mogucim promjenama)

Sve informacije navedene u vasem zahtjevu ce biti provjerene od strane federalnih, drzavnih i lokalnih ustanova. Vas zahtjev moze biti odbijen i/ili mozete biti kriminalno tuzeni ukoliko svjesno navedete pogresne informacije. Kazna za svjesnu kradju ili svjesni pokusaj kradje drzavne pomoci je sedam stotina pedeset dolara (\$750.00) ili vise, zavisno od presude i kaznjava se zatvorom do 5 godina pritvorom u lokalnom zatvoru do perioda jedne godine; ili sa kaznom do deset hiljada dolara (\$10,000.00) ili oboje. Ako je vrijednost protivzakonito dobivenih beneficija manja od sedam stotina pedeset dolara (\$750.00) onda je taj kriminal manje krivicno djelo.

Imam pravo na ravnopravan tretman bez obzira na vasu starost, spol, rasu, boju, hendikepiranost, religiju, vjerovanje, nacionalno porijeklo ili politicko vjerovanje.

Zadrzite ovu stranicu. Ona sadrzi vazne informacije.

MISSOURI MC+ MOLBA

POPUNITE HEMIJSKOM OLOVKOM

			SAMO ZA KANCELARIJSKU UPOTREBU
IME PODNOSIOCA ZAHTEVA (PREZIME, IME)		DATE APPLIED	
ADRESA (KUCNI BROJ, ULICA, P.O.BOX)		GRAD, DRZAVA, POSTANSKI BORI	DCN
KUCNI BROJ TELEFONA	BROJ TELEFONA NA POSLUJ	TELEFON ZA PORUKU	SERVICE REP/SUPV/LOAD

UPUTE: Molimo da u potpunosti odgovorite na pitanja. Mozete priloziati dodatni list papira ako vam je potrebno vise prostora.

A. INFORMACIJE O DOMACINSTVU
(NAVEDITI SVU DJECU, RODITELJE /ZAKONSKE STARATELJE I OCUHA/MACELHU KOJI ZIVE U VASEM DOMU, SEBE PRVO.)

IME (DJEVOJACKO PREZIME) I PREZIME	RASA/ SPOL	RODBINSKA VEZA SA PODNOŠIOCEM ZAHTEVA	DATUM ROĐJENJA	SOCIJALNI BROJ	(X) PODNOŠI ZAHTEJ ZA MC+

1- BIJELAC 2- CRNAC 3- SPANJOLAC 4- AMERICKI INDIJANAC ILI SA ALASKE 5- ORIJENTALAC, SA AZIJSKIH ILI PACIFICKIH OSTRVA

1. Da li oba roditelja navedene djece zive u zajednickom domacinstvu? DA NE (Ako NE, popunite dio D)
2. Da li su svi podnosioci zahtjeva za MC+ americki drzavljeni? DA NE Ako NE, navedite sljedece informacije za osobe koje nisu americki drzavljeni: Ime, status, registracijski broj i datum ulaska u zemlju: _____
3. Mozda se mozete kvalificirati i za pokrivenje neplacenih medicinskih racuna koje ste primili u protekla tri mjeseca. Da li je iko od navedenih osoba primio medicinske usluge u zadnja tri mjeseca? DA NE
Ako da, ko? _____
4. Da li je iko u vasem domacinstvu trudan? DA NE Ako da, ko? _____
Datum ocekivanog poroda? _____
5. Da li vas net prihod (Neto prihod je vrijednost svega sto posjedujete minus dug) manje od \$50.000 \$50.000-\$100.000
 \$100.000-\$150.000 \$150.000-\$200.000 \$200.000-\$250.000 iznad \$250.000
6. Molimo da navedete sve vrijednosti koje posjedujete (racune u banci, opcije, ulozeni kapital, vozila, dom, licni posjed, itd) _____

B. PRIHOD (Molimo da priložite sljedeće: kao na primjer, ček, pismo od poslodavca, federalne takse, nagradno pismo, itd.)

1. Da li ste zaposleni? DA NE Ako DA, ime poslodavca _____
Koliko ste placeni prije odbitaka i takse sa vasesh cekah? \$ _____ Sedmicno Svake dvije sedmice Dva puta mjesečno Mjesečno
2. Da li je iko u vasoh porodici zaposlen? DA NE Ako da, ko? _____
Ime poslodavca: _____
Koliko su placeni prije svih odbitaka? \$ _____ Sedmicno Svake dvije sedmice Dva puta mjesečno Mjesečno
3. Da li iko u vasem domu ima svoju firmu ili privatni posao? DA NE
Ako da, ko _____ Opisite vrstu posla (cuvanje djece, prihodi sa farme, itd.) i zaradjenju sumu _____
 Sedmicno Mjesečno
4. Troškovi za cuvanje djece u nekim porodicama mogu da smanje prihodnu taksu. Da li placate nekome da vam cuva djecu? DA NE Ako da, navedite imena djece za koju placate brigu: _____
Koliko placate cuvanje djece: \$ _____ Sedmicno Svake dvije sedmice Dva puta mjesečno Mjesečno

AKO IMATE PITANJA NAZOVITE 1-888-275-5908

Da li iko u vashem domu ima neki drugi izvor prihoda? (kao na primjer: dječija nadoknada, alimentacija, beneficije za nezapolenost, placeno bolovanje, prihod sa stednje, prihod od socijalnog osiguranja ili neki drugi nezaradjen izvor prihoda) DA NE Ako da, popunite sljedece:

Primalac	Izvor prihoda	Dobivena suma	Koliko cesto se prima

C. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1. Da li iko u vashem domu ima medicinsko, bolnicko osiguranje ili Medicare? DA NE Ako da, navedite koje osiguranje

OSIGURANA OSOBA	IME FIRME I BROJ OSIGURAVAJUCE POLICE	VRSTA OSIGURANJA
		<input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Bolnica Ako je osiguranje ograniceno, objasnite: _____
		<input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Bolnica Ako je osiguranje ograniceno, objasnite: _____

2. Da li je iko u vashem domacinstvu izgubio zdravstveno osiguranje u proteklih sest mjeseci? DA NE Ako da, molimo da navedete ime (na), datum i razlog gubitka zdravstvenog osiguranja _____

3. Da li je zdravstveno osiguranje dostupno za bilo kojeg clana vase familije preko poslodavca ili nekog drugog osiguranja? DA NE
Ako da, ime poslodavca ili osiguranja: _____
Da li je osiguranje dostupno za vas bracnog druga djecu Kolka je mjesečna pretplata za djecu? _____

4. Molimo da obratite paznju na pravila za prihod koja su prilozena uz molbu. Ako prihod i broj clanova familije spada u osnovnu grupu, oduzmite dve kvote od osiguranja privatne osiguravajuće kompanije ili sumu novca za medicinsko osiguranje vase djece.
1. \$ _____ mjesečno. Kompanija _____ 2. \$ _____ mjesečno. Kompanija _____

D. INFORMACIJA O RODITELJU VAN DOMACINSTVA

IME I PREZIME	RASA/SPOL	SOCIJALNI BROJ	DATUM RODJENJA	RODITELJ DJETETA	ZADNJA POZNATA ADRESA

1. Da li imate dobar razlog za ne saradnju oko dobivanja pomoci za medicinsku njegu? DA NE
(molimo da pogledate prilozene instrukcije)

E. MOLIMO DA PROCTATE PAZLJIVO I DA POTPISUJETE

- Slazem se da moram dati socijalne brojeve svih navedenih osoba koje predaju molbu za MC+ kako je zatrazeno zakonom. Socijalni broj se koristi da bi se odlucilo o slucaju i da bi se provjerile informacije.
- Slazem se da sve moje izjave i date informacije mogu biti provjerene.
- Prijavit cu sve promjene u roku od DESET DANA.
- Poznato mi je da je protivzakonito da predajem molbu za nesto na sta nemam pravo. Bilo koja netacna prijava, izjava ili zadrzavanje bilo koje informacije, djelimicno ili u cjelini, moze me dovesti do pocinjavanja kriminalnog djela i/ili gradjanskog prekrasaja.
- Slazem se da podnosjenjem zahtjeva za (i rezultatima) dijete koje ne prima roditeljsku finansijsku pomoc, dajem sva prava medicinskoj pomoci drzave Missouri, i da moram saradjivati u procesu dokazivanja roditeljstva i dobivanja medicinske pomoci, ukoliko imam dobar razlog da to ne cinim.
- Slazem se da moja medicinska istorija ili istorija moje porodice moze biti koristenjena ako je potrebno da bi se obezbjedio program.
- Ako moj zahtjev za MC+ zdravstveno osiguranje bude odobren, poznato mi je da ce drzava Missouri platiti pokrivene usluge za moje zdravstveno osiguranje i slazem se da drzava moze naplatiti od neke druge stranke (kao sto je osiguranje, posjed, itd) za usluge koje je drzava platila.

Moj potpis potvrđuje da sve izjave u ovom zahtjevu su istinite, tacne i potpune po mom najboljem mogucem znanju a ukoliko ne, sljeduje me kazna.

POTPIS PODNOSIOCA ZAHITJEVA	DATUM	POTPIS BRACNOG DRUGA	DATUM
-----------------------------	-------	----------------------	-------

AKO IMATE PITANJA NAZOVITE 1-888-275-5908