

Исключения при проверке прав в особых обстоятельствах

Используйте данную форму только после того, как вы использовали все возможности и по-прежнему не смогли подтвердить свой семейный доход. В данной форме вы сможете подтвердить информацию о вашем семейном доходе и объяснить причины, по которым у вас нет документов, которые вы должны нам предоставить.

Когда Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) получит данную форму, мы изучим предоставленную вами информацию. Мы также рассмотрим ваше заявление, поданное в системе *Washington Healthplanfinder* и любую другую информацию, полученную из электронных источников информации, доступных нам (утвержденных Министерством здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services)). Используя данную информацию, мы сможем сделать для вас исключение при проверке ваших прав, основываясь на личных обстоятельствах.

**ПРИМЕЧАНИЕ: Данная форма не может быть использована в связи с возможными противоречиями, связанными с вашим гражданским или иммиграционным статусом.
45 CFR 155.315(g).**

Номер заявки	Номер по системе социального обеспечения	Сегодняшняя дата (мм/дд/гггг)
--------------	--	-------------------------------

Данные заявителя

Имя	Инициал среднего имени	Фамилия	Дата рождения (мм/дд/гггг)
Адрес проживания			Кв./Номер
Город	Штат	Почтовый индекс	Округ

Инструкции

Заполняйте нижеследующие поля только в случае, если у вас нет иной возможности подтвердить ваш доход. Незаполнение данной формы может стать причиной отказа в получении налогового кредита для выплаты ежемесячных страховых взносов.

Раздел А: Объяснения

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Вы должны объяснить почему вы не имеете возможности подтвердить ваш доход. Мы используем ваши комментарии как аргумент применения к вам исключительных условий, если вы будете иметь на них право. Сообщите подробности.

Если ваших комментариев будет недостаточно для того, чтобы сделать для вас исключение, мы попросим вас предоставить дополнительные документы для подтверждения вашего общего семейного дохода.

Если для ваших комментариев вам потребуется больше места, вы можете приложить больше страниц либо дополнительные документы к данной форме.

Объяснения

Прочитайте следующее и подпишитесь

Я утверждаю, что у меня нет другого способа документально подтвердить мой доход, и что вся вышеизложенная информация является достоверной и правильной. Я понимаю, что данная информация будет использована для определения правомерности получения мной налогового кредита с целью выплаты взносов в рамках медицинского страхования. Я понимаю, что специалисты программы могут проверить всю информацию, предоставленную в данной форме. Я также понимаю, что в случае намеренного предоставления мной ложной информации, я буду вынужден вернуть полученные мной средства и выплаченные в качестве налогового кредита и/или получу отказ в предоставлении налогового кредита в дальнейшем. Я также подтверждаю, что Биржей пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) были запрошены все документы об источниках дохода всей семьи. Перед заполнением данной формы, я приложил максимум усилий для подтверждения моего дохода, используя всю доступную документацию.

Подпись

X

Дата подписи (мм/дд/гггг)

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

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, គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ 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 ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNA: 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, ຈະມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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).