

## ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММАХ MEDICAID ИЛИ MEDICARE SAVINGS

Выберите тип программы медицинского обслуживания Medicaid, на который вы подаете заявку, если он вам известен:

- Regular Medicaid
- Waiver Medicaid
- Long Term Care Medicaid
- Medicare Savings Program
- Spend Down

У вас есть вопросы? Вам нужна помощь? Позвоните по телефону 1-855-306-8959.

Если у вас нарушение слуха, звоните по телефону 1-800-648-6056.

### Инструкции

1. Полностью заполните опросник. Если вся необходимая информация не помещается, прикрепите дополнительные страницы.
2. Приложите копии документов, если это необходимо.
3. Прочтите свои права и обязанности на последней странице.
4. Подпишите заявку внизу на странице 6.
5. По желанию заполните анкету «Оценка потребностей в ресурсах купест» на страницах 7–9, в которой можно узнать о дополнительных программах / услугах / помощи сообщества.
6. Отнесите заявку в местный офис Департамента общественных услуг (DCBS) округа, в котором проживаете. Чтобы узнать адрес ближайшего офиса, позвоните по телефону 1-855-306-8959 или зайдите на сайт DCBS: [https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office\\_Phone/index.aspx](https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx). Вы также можете отправить заявку факсом в центральную почтовую службу по номеру 1-502-573-2005 или 1-502-573-2007.

## ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

ФАМИЛИЯ:	ИМЯ:	ОТЧЕСТВО:	ПОЛ: ДАТА РОЖДЕНИЯ:
ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС: ЭТО УЧРЕЖДЕНИЕ/ОРГАНИЗАЦИЯ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ГОРОД:	ГОСУДАРСТВО:	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:	ГОРОД:	ГОСУДАРСТВО:	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:	ОКРУГ, В КОТОРОМ ПРОЖИВАЕТЕ:	

**Комитет здравоохранения и  
семейных услуг штата Кентукки  
Департамента общественных услуг**

<b>СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:</b> <input type="checkbox"/> ЖЕНАТ/ЗАМУЖЕМ <input type="checkbox"/> ЖЕНАТ/ЗАМУЖЕМ, ЖИВЕМ ВМЕСТЕ <input type="checkbox"/> ЖЕНАТ/ЗАМУЖЕМ, ЖИВЕМ ОТДЕЛЬНО <input type="checkbox"/> РАЗВЕДЕН/РАЗВЕДЕНА <input type="checkbox"/> ВДОВА/ВДОВЕЦ	<b>СТАТУС SSI:</b> <input type="checkbox"/> НИКОГДА НЕ ПОЛУЧАЛ (-А) <input type="checkbox"/> В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОЛУЧАЮ <input type="checkbox"/> В ОЖИДАНИИ <input type="checkbox"/> ОТКЛОНЕН/ПРЕКРАЩЕН  ПРИЧИНА:	<b>КРИТЕРИИ:</b> <input type="checkbox"/> ВОЗРАСТ (65 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ) <input type="checkbox"/> СЛЕПОТА <input type="checkbox"/> ИНВАЛИДНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЕ В УЧРЕЖДЕНИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ИЛИ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ WAIVER? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<b>СТАТУС НАЛОГОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:</b>	Основной язык общения заявителя (если не английский):	

**КТО-ТО ПОМОГ ВАМ С ЗАПОЛНЕНИЕМ ЭТОЙ ЗАЯВКИ? ЕСЛИ ДА, ПРЕДОСТАВЬТЕ ИНФОРМАЦИЮ ОБ ЭТОМ ЧЕЛОВЕКЕ НИЖЕ:**

<b>РОЛЬ:</b> <input type="checkbox"/> СУПРУГ <input type="checkbox"/> ДОВЕРЕННОСТЬ <input type="checkbox"/> ОПЕКУН <input type="checkbox"/> УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ			
ЕСЛИ ДРУГОЕ, УКАЖИТЕ:			
<b>ФАМИЛИЯ:</b>	<b>ИМЯ:</b>	<b>ОТЧЕСТВО:</b>	<b>НОМЕР ТЕЛЕФОНА:</b>
<b>АДРЕС:</b>	<b>ГОРОД:</b>	<b>ГОСУДАРСТВО:</b>	<b>ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:</b>

Я УПОЛНОМОЧИВАЮ ЭТО ЛИЦО БЫТЬ МОИМ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАЯВКИ НА ПРОГРАММУ MEDICAID ОТ МОЕГО ИМЕНИ.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: X \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_

**ПРЕДОСТАВЬТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СТАТУСА УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ. ОБРАЗЦЫ ПРИНИМАЕМОЙ ВЕРИФИКАЦИИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ВКЛЮЧАЮТ:**

- ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ MAP-14, КОТОРУЮ МОЖНО НАЙТИ ПО ССЫЛКЕ: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/MAPForms/MAP14.pdf>
- ДОКУМЕНТЫ О ДОВЕРЕННОСТИ
- СУДЕБНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ОПЕКУНСТВО

**ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ  
ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ В ВАШЕМ ДОМЕ**

Степень родства	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Стать	Номер социального страхования	Раса*	Испаноамериканец (-ка)/латиноамериканец (-ка)?	Гражданин (гражданка) США?
Я					<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
					<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
					<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
					<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
					<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

\* **КАСАТЕЛЬНО РАСЫ:** Используйте любой из этих применимых кодов. Если вы не ответите на этот вопрос, это не повлияет на вашу страховку. (A) Американские индейцы / уроженцы Аляски; (B) темнокожие; (P) коренные жители Гавайев / Тихоокеанских островов; (S) азиаты; (W) белокожие.

**У ВАС ИЛИ ВАШЕГО СУПРУГА / ВАШЕЙ СУПРУГИ ЕСТЬ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА?  
(ОТПРАВЬТЕ КОПИИ ЛИЦЕВОЙ И ОБОРОТНОЙ СТОРОН КАРТЫ ВМЕСТЕ С ЗАЯВКОЙ)**

<input type="checkbox"/> ПРОГРАММА MEDICARE, ЧАСТЬ А Я <input type="checkbox"/> супруг/супруга <input type="checkbox"/>	№ ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ): № ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ):	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:
<input type="checkbox"/> ПРОГРАММА MEDICARE, ЧАСТЬ В Я <input type="checkbox"/> супруг/супруга <input type="checkbox"/>	№ ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ): № ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ):	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:
<input type="checkbox"/> ПРОГРАММА MEDICARE, ЧАСТЬ С Я <input type="checkbox"/> супруг/супруга <input type="checkbox"/>	№ ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ): № ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ):	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:
<input type="checkbox"/> ПРОГРАММА MEDICARE, ЧАСТЬ D Я <input type="checkbox"/> супруг/супруга <input type="checkbox"/>	№ ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ): № ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ):	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:
ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ: Я <input type="checkbox"/> супруг/супруга <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> ДРУГОЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС	№ ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ):	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:
НАЗВАНИЕ И АДРЕС КОМПАНИИ:		
<input type="checkbox"/> ДРУГОЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС	№ ЗАЯВКИ (НА КАРТЕ):	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:
НАЗВАНИЕ И АДРЕС КОМПАНИИ:		

**ВАШ ДОХОД И ДОХОД ВАШЕГО СУПРУГА/СУПРУГИ, ЕСЛИ ВЫ  
СОСТОИТЕ В БРАКЕ:**

<b>НЕТРУДОВОЙ ДОХОД</b> <b>ПРИМЕРЫ: СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ПЕНСИЯ ВЕТЕРАНА ВОЙНЫ, ПЕНСИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКА, ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИЛИ АЛИМЕНТЫ, АРЕНДНЫЙ ДОХОД, ТАБАЧНЫЙ РАСЧЕТ, ВЫПЛАТЫ ПО АННУИТЕТАМ/ИНВЕСТИЦИЯМ</b>			
<b>ПОЛУЧАТЕЛЬ ДОХОДА</b>	<b>ВИД ДОХОДА</b>	<b>ВАЛОВАЯ СУММА (ДО ВЫЧЕТОВ)</b>	<b>ЧАСТОТА ПОЛУЧЕНИЯ</b>

<b>ЗАРАБОТАННЫЙ ДОХОД</b> <b>ПРИМЕРЫ: ЗАРПЛАТА ЗА ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТЫ ИЛИ ДОХОД ОТ САМОЗАНЯТОСТИ</b>				
<b>ПОЛУЧА ТЕЛЬ ДОХОДА</b>	<b>ВИД ДОХОДА</b>	<b>ВАЛОВАЯ СУММА (ДО ВЫЧЕТОВ)</b>	<b>ЧАСТОТА ПОЛУЧЕНИ Я</b>	<b>ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ</b>

**ПРЕДОСТАВЬТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВСЕХ ДОХОДОВ. ПРИМЕРЫ НАДЛЕЖАЩЕЙ  
ВЕРИФИКАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ:**

- ПИСЬМА О НАЗНАЧЕНИИ ПОСОБИЯ ОТ СЛУЖБЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ОТДЕЛА ПО ДЕЛАМ ВЕТЕРАНОВ ИЛИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ПЕНСИОННОГО ФОНДА
- КОПИИ ПЛАТЕЖНЫХ ВЕДОМОСТЕЙ
- КОПИИ НАЛОГОВЫХ ДЕКЛАРАЦИЙ ПРИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЗАНЯТОСТИ
- СУДЕБНЫЕ ПРИКАЗЫ ОБ АЛИМЕНТАХ ИЛИ МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
- СПРАВКИ ИЗ КОМПАНИИ О ПЕНСИИ И ВЫХОДЕ НА ПЕНСИЮ

**Комитет здравоохранения и  
семейных услуг штата Кентукки  
Департамента общественных услуг**

**ЕСТЬ ЛИ У ВАС ИЛИ ВАШЕГО СУПРУГА КАКИЕ-ЛИБО РЕСУРСЫ?**

ПРИМЕРЫ РЕСУРСОВ ВКЛЮЧАЮТ: БАНКОВСКИЕ СЧЕТА, АКЦИИ И ОБЛИГАЦИИ, ТРАСТЫ, АННУИТЕТЫ, ТРАНСПОРТНЫЕ СРЕДСТВА. ВЫ ДОЛЖНЫ ПРЕДОСТАВИТЬ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЭТИХ РЕСУРСОВ. ПРИЕМЛЕМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВКЛЮЧАЮТ БАНКОВСКИЕ ВЫПИСКИ, БРОКЕРСКИЕ ВЫПИСКИ, КОПИИ ТРАСТОВ/АННУИТИЙ.

ТИП РЕСУРСА	БАЛАНС/ СТОИМОСТЬ	РЕСУРС, НАХОДЯЩИЙСЯ В РАСПОРЯЖЕНИИ? (НАЗВАНИЕ БАНКА ИЛИ КОМПАНИИ)	ВЛАДЕЛЬЦЫ	НОМЕР СЧЕТА

ПЕРЕДАВАЛИ ИЛИ ПРОДАВАЛИ ЛИ ВЫ РЕСУРС В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 5 ЛЕТ? ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ:

**РЕСУРСЫ ТАКЖЕ ВКЛЮЧАЮТ ПОЛИСЫ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ИЛИ  
ПРЕДОПЛАЧЕННЫЕ ПОХОРОНЫ ВАС ИЛИ ВАШЕГО СУПРУГА:**

ВЛАДЕЛЕЦ ПОЛИСА	СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ / БЮРО РИТУАЛЬНЫХ УСЛУГ	НОМЕР ПОЛИСА	НОМИНАЛЬНАЯ СТОИМОСТЬ	ВЫКУПНАЯ СТОИМОСТЬ ПОЛИСА

ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ИЛИ ВАШ СУПРУГ ВЛАДЕЛЬЦЕМ ДОМА, В КОТОРОМ ЖИВЕТЕ? ЕСЛИ ДА, ВВЕДИТЕ ИНФОРМАЦИЮ НИЖЕ:	ВЛАДЕЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ВАШ СУПРУГ СОБСТВЕННОСТЬЮ, В КОТОРОЙ НЕ ЖИВЕТЕ? ЕСЛИ ДА, ВВЕДИТЕ ИНФОРМАЦИЮ НИЖЕ:
АДРЕС:	АДРЕС:
ТЕКУЩАЯ СПРАВЕДЛИВАЯ РЫНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ ДОМА:	ТЕКУЩАЯ СПРАВЕДЛИВАЯ РЫНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ ДОМА:

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЗАИМОПОНИМАНИИ И СОГЛАСИИ

Я подтверждаю, что эта информация верна и соответствует действительности, насколько мне известно. Я понимаю, что Закон о социальном обеспечении требует, чтобы все получатели помощи предоставляли и идентифицировались по номеру социального обеспечения, и если человек отказывается подавать заявку на получение номера, Департамент не может произвести выплату или предоставить медицинскую помощь Medicaid. Я понимаю, что номера социального страхования будут использоваться для различных государственных и федеральных проверок через систему проверки доходов и соответствия требованиям (IEVS). Эти проверки включают, в частности, данные социального страхования, IRS, SSI, записи о заработной плате, страхование по безработице и другие проверки в соответствии с полномочиями IEVS. В случае обнаружения расхождений эта информация может быть проверена при помощи дополнительных контактов. Информация, предоставленная IEVS, после проверки может повлиять на право получения и размер пособий. Эта информация может быть передана другим агентствам только в соответствии с законом. Я заявляю, что все лица, на которых подается заявка, являются гражданами США или заявка на них принята в соответствии с их утвержденным статусом иностранца. Под страхом наказания за лжесвидетельство я подтверждаю, что информация, включая гражданство или статус иностранца, предоставленная мной в данной заявке, является верной и правдивой, насколько мне известно, и даю свое согласие Департаменту общественных услуг на любые необходимые контакты для проверки моих заявлений. Я понимаю, что информация, содержащаяся в данной заявке, используется для определения того, имею ли я право на получение пособий от Департамента общественных услуг. Я понимаю, что в случае предоставления ложной информации, сокрытия информации или несообщения об изменениях в течение 10 дней я могу быть привлечен к ответственности за мошенничество, сокращение или потерю пособий, и от меня может потребоваться возмещение полученных мною пособий. Кроме того, я даю свое согласие на то, чтобы Департамент общественных услуг установил любые необходимые контакты для проверки моих показаний или получения дополнительной информации, касающейся моего права на получение помощи. Все заявки на получение помощи рассматриваются без учета расы, цвета кожи, пола, инвалидности, религиозных убеждений, национального происхождения или политических взглядов. Если вы или ваш представитель не согласны с какими-либо действиями, предпринятыми по вашему делу, вы можете обратиться к сотруднику с просьбой о проведении справедливого слушания. Ваше дело может быть представлено на слушании любым лицом по вашему выбору.

X \_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

X \_\_\_\_\_  
Подпись супруга/супруги или уполномоченного представителя заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

X \_\_\_\_\_  
Подпись свидетеля (если подписано отметкой)

\_\_\_\_\_  
Дата

## Оценка потребностей в ресурсах купест

Ниже представлена анкета по оценке потребностей в дополнительных ресурсах, которая является **добровольной** и не влияет на ваши льготы по программе Medicaid. Эта анкета поможет нам определить и понять другие потребности, которые могут быть у вас и вашей семьи, и которые могут повлиять на ваше здоровье, таким образом мы сможем предоставить вам доступ к общественным ресурсам/услугам/программам, которые могут оказаться полезными, например, транспорт, коммунальные услуги, питание, уход за детьми и т. д. С результатами можно ознакомиться через учетную запись купест на сайте:

<https://kynect.ky.gov/resources> или позвонив по номеру 2-1-1, получив информацию о ресурсах/услугах/программах сообщества.

Все остальные члены семьи могут заполнить индивидуальную анкету для оценки потребностей, войдя в свой аккаунт купест на сайте: <https://kynect.ky.gov/resources> или позвонив по номеру 2-1-1.

### **Обведите кружком букву, которая лучше всего описывает вашу ситуацию:**

#### **1. Что лучше всего описывает вашу жилищную ситуацию?**

- a. У меня нет постоянного жилья.
- b. Я временно живу у друга или члена семьи.
- c. В настоящее время я не плачу арендную плату / ипотеку, и мне грозит выселение.
- d. Я плачу за квартиру/ипотеку, но она мне не по карману (более 30 % дохода).
- e. В настоящее время я пользуюсь программой помощи по аренде/ипотеке.
- f. Я плачу за аренду/ипотеку без проблем.

#### **2. Что лучше всего описывает ситуацию с коммунальными услугами (вода, электричество, отопление) в вашем доме?**

- a. У меня нет жилья / я не плачу за коммунальные услуги.
- b. Мне часто отключают коммуникации из-за неуплаты.
- c. Я пользуюсь программами, которые помогают оплачивать коммунальные услуги.
- d. У меня бывают проблемы с оплатой коммунальных услуг, но в основном я в состоянии платить.
- e. Я в состоянии оплачивать коммунальные услуги так, чтобы их никогда не отключали.

#### **3. Что лучше всего описывает вашу текущую ситуацию с трудоустройством?**

- a. Безработный (-ая).
- b. У меня есть временная, сезонная работа или работа с частичной занятостью, которая НЕ соответствует моим потребностям; мне нужна дополнительная занятость.
- c. Полный рабочий день без льгот или с льготами, которые не отвечают моим потребностям. *(Примечание: Льготы могут включать медицинское, стоматологическое и офтальмологическое страхование, а также пенсионные пакеты.)*
- d. У меня есть временная, сезонная работа или работа с частичной занятостью, которая **ДЕЙСТВИТЕЛЬНО** соответствует моим потребностям; мне не нужна дополнительная занятость.
- e. Полный рабочий день с льготами, которые соответствуют моим потребностям.

**4. Что лучше всего описывает вашу ситуацию с доходами?**

- a. Не имею дохода.
- b. Мой доход нерегулярный.
- c. Моего дохода недостаточно для удовлетворения моих потребностей.
- d. Я могу удовлетворить свои основные потребности с помощью программ помощи.
- e. Я могу удовлетворить свои основные потребности без посторонней помощи.
- f. Мой доход удовлетворяет мои потребности, я легко распоряжаюсь деньгами и могу откладывать их.

**5. Что лучше всего описывает вашу ситуацию с питанием?**

- a. Я не могу купить еду.
- b. Я могу купить еду, но у меня нет ни места, ни времени, чтобы приготовить еду.
- c. Моя семья получает продовольственную помощь, например, по программе SNAP (талоны на питание) или другую продовольственную помощь.
- d. Я могу удовлетворить свои основные потребности в пище, но время от времени мне требуется помощь, например, благотворительная столовая.
- e. Я могу удовлетворить свои основные потребности в пище без посторонней помощи.
- f. Я могу покупать любую еду, которую пожелает моя семья.

**6. Что лучше всего описывает вашу ситуацию с уходом за детьми?**

- a. Мне нужен уход за ребенком, но в данный момент я не могу позволить себе такой уход.
- b. Я могу позволить себе уход за ребенком, но варианты ухода за ребенком ненадежны или недоступны.
- c. Уход за ребенком обеспечивает личный друг или член семьи.
- d. Я могу выбрать качественный уход за детьми по желанию.
- e. В настоящее время мне не нужен уход за детьми.

**7. Что лучше всего характеризует ваш уровень образования?**

- a. У меня нет диплома средней школы / документа об общеобразовательном развитии, и мне нужна помощь в чтении и письме.
- b. У меня есть диплом средней школы / документ об общеобразовательном развитии, но языковой барьер является препятствием.
- c. У меня есть диплом средней школы / документ об общеобразовательном развитии, но мне необходимо дополнительное образование/подготовка, чтобы улучшить мою ситуацию с трудоустройством.
- d. Я получил (-а) образование/подготовку, необходимые для трудоустройства.
- e. В настоящее время я учусь в средней школе или в учебном заведении.

**8. Что лучше всего описывает ваше медицинское страхование?**

- a. У меня нет медицинской страховки, и мне нужна страховка как можно скорее.
- b. У меня нет медицинской страховки и нет срочной необходимости в ней.
- c. Некоторые члены моей семьи (например дети) имеют медицинскую страховку, но мне нужна помощь, чтобы понять, как ею пользоваться.
- d. Некоторые члены моей семьи (например дети) имеют медицинскую страховку, и мы понимаем, как ею пользоваться.
- e. Все члены моей семьи застрахованы доступной медицинской страховкой, но мне нужна помощь, чтобы понять, как ею пользоваться.
- f. Все члены моей семьи застрахованы доступной медицинской страховкой, и мы понимаем, как ею пользоваться.



**9. Что лучше всего описывает вашу транспортную ситуацию?**

- a. У меня нет доступа к транспорту.
- b. У меня есть машина, но я не умею ее водить или она ненадежна.
- c. Я пользуюсь общественным транспортом или велосипедом, но это неудобно или проблематично.
- d. Мне не нужна помощь с транспортом.

**10. Вам нужна помощь, связанная с психическим благополучием?**

- a. Да, мне нужна помощь с моим психическим здоровьем.
- b. Нет, я не нуждаюсь в помощи по поводу своего психического здоровья.

**11. Вам нужна помощь в связи с употреблением психоактивных веществ?**

- a. Да, я нуждаюсь в помощи в связи с употреблением психоактивных веществ.
- b. Нет, я не нуждаюсь в помощи в связи с употреблением психоактивных веществ.

**12. Вам нужна помощь в связи с домашним насилием?**

- a. Да, я нуждаюсь в помощи в связи с домашним насилием.
- b. Нет, я не нуждаюсь в помощи в связи с домашним насилием.

**13. Что лучше всего описывает вашу ситуацию с уходом за пожилыми людьми и/или людьми с инвалидностью?**

- a. Мне срочно нужна помощь для меня самого или для кого-то, кто находится на моем попечении в силу возраста или инвалидности.
- b. Мне или кому-то из тех, кто находится на моем попечении, может понадобиться помощь в уходе из-за возраста или инвалидности.
- c. Мне не нужна помощь по уходу за пожилыми людьми / людьми с инвалидностью.

**14. Что лучше всего описывает ситуацию с обучением ваших детей в школе?**

- a. У меня есть один ребенок или несколько детей школьного возраста, не посещающих школу.
- b. Мой ребенок или дети ходят в школу, но посещают ее только часть времени.
- c. Мой ребенок или дети зачислены в школу и посещают занятия большую часть или все время.
- d. У меня нет детей школьного возраста.

**15. Что лучше всего описывает вашу способность ежедневно удовлетворять свои основные потребности?**

- a. У меня нет возможности удовлетворять основные потребности, такие как еда, одежда или место для купания.
- b. Я могу удовлетворить некоторые, но не все свои основные потребности.
- c. Я могу удовлетворить большинство, но не все свои основные потребности.
- d. Я могу ежедневно удовлетворять все свои основные потребности.

**16. Что лучше всего описывает ваши социальные связи и дружеские отношения?**

- a. Я одинок (-а) и/или не хочу общаться с людьми.
- b. Я хотел (-а) бы больше общаться с семьей или коллективом, но мне нужно больше информации или поддержки.
- c. У меня крепкая семья / социальная поддержка и/или я активно участвую в жизни своего сообщества или групп поддержки.

**17. Что лучше всего описывает вашу потребность в юридической поддержке?**

- a. У меня есть неисполненный ордер (ордера) или ожидается предъявление обвинения.
- b. Я полностью соблюдаю условия условного осуждения или условно-досрочного освобождения.
- c. У меня нет криминального прошлого или на меня не открывали уголовных дел более 12 месяцев.

**18. Что лучше всего описывает ваши родительские навыки?**

- a. Мне нужна помощь, чтобы улучшить свои родительские навыки.
- b. Мои родительские навыки соответствуют требованиям или хорошо развиты.
- c. У меня нет детей.