

ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМАХ MEDICAID АБО MEDICARE SAVINGS

Виберіть тип програми медичного обслуговування Medicaid, на який ви подаєте заявку, якщо він вам відомий:

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

У вас є запитання? Вам потрібна допомога?
Телефонуйте за номером
1-855-306-8959

Якщо у вас є вади слуху,
телефонуйте за номером
1-800-648-6056

Інструкції

- Повністю заповніть опитувальник. Якщо вся необхідна інформація не поміщається, прикріпіть додаткові сторінки.
- За потреби додайте копії документів.
- Прочитайте свої права та обов'язки на останній сторінці.
- Підпишіть заявку внизу на сторінці 6.
- За бажанням заповніть анкету «**Оцінка потреб у ресурсах купест**» на сторінках 7–9, у якій можна дізнатися про додаткові програми / послуги / допомогу спільноти.
- Віднесіть заявку до місцевого офісу Департаменту громадських послуг (DCBS) округу, в якому проживаєте. Щоб дізнатися адресу найближчого офісу, зателефонуйте за номером 1-855-306-8959 або зайдіть на сайт DCBS: https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx. Ви також можете надіслати заявку факсом до центрального поштового відділення за номером 1-502-573-2005 або 1-502-573-2007.

ОСОБИСТІ ДАНІ

| | | | |
|--|-----------------|----------------------------|------------------|
| ПРИЗВИЩЕ: | ІМ'Я: | ПО БАТЬКОВІ: | СТАТЬ: |
| | | | ДАТА НАРОДЖЕННЯ: |
| ФАКТИЧНА АДРЕСА: | МІСТО: | ДЕРЖАВА: | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС: |
| ЦЕ ЗАКЛАД/УСТАНОВА? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | | | |
| ПОШТОВА АДРЕСА: | МІСТО: | ДЕРЖАВА: | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС: |
| НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ: | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ: | ОКРУГ, У ЯКОМУ ПРОЖИВАЄТЕ: | |

**Комітет охорони здоров'я та сімейних
послуг штату Кентуккі
Департамент громадських послуг**

| | | |
|---|---|---|
| СІМЕЙНИЙ СТАН: <input type="checkbox"/> НЕОДРУЖЕНИЙ (-НА) <input type="checkbox"/> ОДРУЖЕНИЙ (-НА), ЖИВЕМО РАЗОМ <input type="checkbox"/> ОДРУЖЕНИЙ (-НА), ЖИВЕМО ОКРЕМО <input type="checkbox"/> РОЗЛУЧЕНИЙ (-НА) <input type="checkbox"/> ВДОВА/ВДІВЕЦЬ | СТАТУС SSI: <input type="checkbox"/> НІКОЛИ НЕ ОТРИМУВАВ (-ЛА) <input type="checkbox"/> ЗАРАЗ ОТРИМУЮ <input type="checkbox"/> В ОЧІКУВАННІ <input type="checkbox"/> ВІДХИЛЕНО/ПРИПИНЕНО ПРИЧИНА: | КРИТЕРІЇ: <input type="checkbox"/> ВІК (65 РОКІВ АБО СТАРШЕ) <input type="checkbox"/> СЛІПОТА <input type="checkbox"/> ІНВАЛІДНІСТЬ ПЕРЕБУВАННЯ В ЗАКЛАДІ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ АБО УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ WAIVER? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ |
| СТАТУС ПОДАТКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: | Основна мова спілкування заявника (якщо не англійська): | |

ХТОСЬ ДОПОМІГ ВАМ ІЗ ЗАПОВНЕННЯМ ЦІЄЇ ЗАЯВКИ? ЯКЩО ТАК, НАДАЙТЕ ІНФОРМАЦІЮ ПРО ЦЮ ЛЮДИНУ НИЖЧЕ:

| | | | | |
|--|--------------|---------------------|------------------------|-------------------------|
| РОЛЬ: <input type="checkbox"/> ЧОЛОВІК АБО ДРУЖИНА <input type="checkbox"/> ДОВІРЕНІСТЬ <input type="checkbox"/> ОПІКУН <input type="checkbox"/> УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК | | | | |
| ЯКЩО ІНШЕ, УКАЖІТЬ: | | | | |
| ПРИЗВИЩЕ: | ІМ'Я: | ПО БАТЬКОВІ: | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ: | |
| АДРЕСА: | | МІСТО: | ДЕРЖАВА: | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС: |

Я УПОВНОВАЖУЮ ЦЮ ОСОБУ БУТИ МОЇМ ЗАКОННИМ ПРЕДСТАВНИКОМ ДЛЯ ПОДАННЯ ЗАЯВКИ НА ПРОГРАМУ MEDICAID ВІД МОГО ІМЕНІ.

ПІДПИС ЗАЯВНИКА: Х _____ ДАТА: _____

НАДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ СТАТУСУ УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА. ДО ЗРАЗКІВ ПРИЙНЯТОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА НАЛЕЖАТЬ:

- ФОРМА ПРИЗНАЧЕННЯ УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА MAP-14, ЯКУ МОЖНА ЗНАЙТИ ЗА ПОСИЛАННЯМ: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/MAPForms/MAP14.pdf>
- ДОКУМЕНТИ ПРО ДОВІРЕНІСТЬ
- СУДОВІ ДОКУМЕНТИ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ОПІКУНСТВО

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю ПЕРЕЛІЧИТЬ УСІХ, ХТО ПРОЖИВАЄ У ВАШОМУ БУДИНКУ

| Спорідненість | Прізвище | Ім'я | По батькові | Дата народження | Стать | Номер соціального страхування | Раса* | Іспаноамери канець (-ка)/латиноамери канець (-ка)? | Громадянин (громадянка) США? |
|---------------|----------|------|-------------|-----------------|--|-------------------------------|-------|---|---|
| Я | | | | | <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж | | | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж | | | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж | | | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж | | | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж | | | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ | <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ |

* **ЩОДО РАСИ:** Використовуйте будь-який із цих застосовних кодів. Якщо не дасте відповідь, це не вплине на вашу страховку. (А) Американські індіанці / уродженці Аляски; (В) темношкірі; (Р) корінні жителі Гаваїв / Тихоокеанських островів; (S) азіати; (W) білошкірі.

У ВАС АБО ВАШОГО ЧОЛОВІКА / ВАШОЇ ДРУЖИНИ Є МЕДИЧНА СТРАХОВКА?

| | | |
|--|-----------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ПРОГРАМА MEDICARE, ЧАСТИНА А Я <input type="checkbox"/> чоловік/дружина <input type="checkbox"/> | № ЗАЯВКИ (НА КАРТЦІ): | ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ: |
| <input type="checkbox"/> ПРОГРАМА MEDICARE, ЧАСТИНА В Я <input type="checkbox"/> чоловік/дружина <input type="checkbox"/> | № ЗАЯВКИ (НА КАРТЦІ): | ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ: |
| <input type="checkbox"/> ПРОГРАМА MEDICARE, ЧАСТИНА С Я <input type="checkbox"/> чоловік/дружина <input type="checkbox"/> | № ЗАЯВКИ (НА КАРТЦІ): | ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ: |
| <input type="checkbox"/> ПРОГРАМА MEDICARE, ЧАСТИНА D Я <input type="checkbox"/> чоловік/дружина <input type="checkbox"/> | № ЗАЯВКИ (НА КАРТЦІ): | ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ: |
| ІМ'Я ЗАЯВНИКА: Я <input type="checkbox"/> чоловік/дружина <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> ІНШИЙ СТРАХОВИЙ ПОЛІС | № ЗАЯВКИ (НА КАРТЦІ): | ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ: |
| НАЗВА ТА АДРЕСА КОМПАНІЇ: | | |
| <input type="checkbox"/> ІНШИЙ СТРАХОВИЙ ПОЛІС | № ЗАЯВКИ (НА КАРТЦІ): | ДАТА НАБРАННЯ ЧИННОСТІ: |
| НАЗВА ТА АДРЕСА КОМПАНІЇ: | | |

**ВАШ ДОХІД І ДОХІД ВАШОГО ЧОЛОВІКА / ВАШОЇ ДРУЖИНИ, ЯКЩО
ПЕРЕБУВАЄТЕ В ШЛЮБІ:**

| НЕТРУДОВИЙ ДОХІД ПРИКЛАДИ: СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, ПЕНСІЯ ВЕТЕРАНА ВІЙНИ, ПЕНСІЯ ЗАЛІЗНИЧНИКА, ПЕНСІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АБО АЛІМЕНТИ, РЕНТНИЙ ДОХІД, ТЮТЮНОВИЙ РОЗРАХУНОК, ВИПЛАТИ ЗА АНУЇТЕТАМИ/ІНВЕСТИЦІЯМИ | | | |
|---|------------|--------------------------------|----------------------|
| ОДЕРЖУВАЧ ДОХОДУ | ВИД ДОХОДУ | ВАЛОВА СУМА (ДО ВИРАХУВАНЬ) | ЧАСТОТА ОТРИМАННЯ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| ЗАРОБЛЕНИЙ ДОХІД ПРИКЛАДИ: ЗАРПЛАТА ЗА ВИКОНАННЯ РОБОТИ АБО ДОХІД ВІД САМОЗАЙНЯТОСТІ | | | | |
|---|---------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| ОДЕРЖУ ВАЧ ДОХОДУ | ВИД ДОХОДУ | ВАЛОВА СУМА (ДО ВИРАХУВАНЬ) | ЧАСТОТА ОТРИМАННЯ | ІМ'Я ТА АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**НАДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ВСІХ ДОХОДІВ. ДО ПРИКЛАДІВ НАЛЕЖНОЇ
ВЕРИФІКАЦІЇ ВХОДЯТЬ:**

- ЛИСТИ ПРО ПРИЗНАЧЕННЯ ДОПОМОГИ ВІД СЛУЖБИ СОЦІАЛЬНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, ВІДДІЛУ В СПРАВАХ ВЕТЕРАНІВ АБО ЗАЛІЗНИЧНОГО
ПЕНСІЙНОГО ФОНДУ
- КОПІЇ ПЛАТІЖНИХ ВІДОМОСТЕЙ
- КОПІЇ ПОДАТКОВИХ ДЕКЛАРАЦІЙ У РАЗІ САМОСТІЙНОЇ ЗАЙНЯТОСТІ
- ВИКОНАВЧІ ДОКУМЕНТИ ПРО АЛІМЕНТИ АБО МАТЕРІАЛЬНУ ДОПОМОГУ
- ДОВІДКИ З КОМПАНІЇ ПРО ПЕНСІЮ ТА ВИХІД НА ПЕНСІЮ

Комітет охорони здоров'я та сімейних
послуг штату Кентуккі
Департамент громадських послуг

ЧИ Є У ВАС АБО ВАШОГО ЧОЛОВІКА БУДЬ-ЯКІ РЕСУРСИ?

ДО ПРИКЛАДІВ РЕСУРСІВ НАЛЕЖАТЬ: БАНКІВСЬКІ РАХУНКИ, АКЦІЇ ТА ОБЛІГАЦІЇ, ТРАСТИ, АНУЇТЕТИ, ТРАНСПОРТНІ ЗАСОБИ. ВИ ПОВИННІ НАДАТИ ПІДТВЕРДЖЕННЯ НАЯВНОСТІ ЦИХ РЕСУРСІВ. ДО ПРИЙНЯТНИХ ДОКАЗІВ НАЛЕЖАТЬ БАНКІВСЬКІ ВИПИСКИ, БРОКЕРСЬКІ ВИПИСКИ, КОПІЇ ТРАСТІВ/АНУЇТЕТІВ.

| ТИП РЕСУРСУ | БАЛАНС/ ВАРТІСТЬ | РЕСУРС, ЯКИМ ВОЛОДІЄТЕ? (НАЗВА БАНКУ АБО КОМПАНІЇ) | ВЛАСНИКИ | НОМЕР РАХУНКУ |
|-------------|---------------------|--|----------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ЧИ ПЕРЕДАВАЛИ АБО ПРОДАВАЛИ ВИ РЕСУРС ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 5 РОКІВ? ЯКЩО ТАК, ВКАЖІТЬ:

ДО РЕСУРСІВ ТАКОЖ НАЛЕЖАТЬ ПОЛІСИ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ АБО ПЕРЕДПЛАЧЕНІ ПОСЛУГИ ПОХОВАННЯ ВАС АБО ВАШОГО ЧОЛОВІКА:

| ВЛАСНИК ПОЛІСУ | СТРАХОВА КОМПАНІЯ / БЮРО РИТУАЛЬНИХ ПОСЛУГ | НОМЕР ПОЛІСУ | НОМІНАЛЬНА ВАРТІСТЬ | ВИКУПНА ВАРТІСТЬ ПОЛІСА |
|----------------|--|--------------|------------------------|-------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| ЧИ ВОЛОДІЄТЕ ВИ АБО ВАШ ЧОЛОВІК БУДИНКОМ, У ЯКОМУ ВИ ЖИВЕТЕ? ЯКЩО ТАК, ВВЕДІТЬ ІНФОРМАЦІЮ НИЖЧЕ: | ЧИ ВОЛОДІЄТЕ ВИ АБО ВАШ ЧОЛОВІК ВЛАСНІСТЮ, В ЯКІЙ НЕ ЖИВЕТЕ? ЯКЩО ТАК, ВВЕДІТЬ ІНФОРМАЦІЮ НИЖЧЕ: |
| АДРЕСА: | АДРЕСА: |
| ПОТОЧНА СПРАВЕДЛИВА РИНКОВА ВАРТІСТЬ БУДИНКУ: | ПОТОЧНА СПРАВЕДЛИВА РИНКОВА ВАРТІСТЬ БУДИНКУ: |

ЗАЯВА ПРО ВЗАЄМОРОЗУМІННЯ ТА ЗГОДУ

Я підтверджую, що надана інформація правильна та відповідає дійсності, наскільки мені відомо. Я розумію, що Закон про соціальне забезпечення вимагає, щоб усі одержувачі допомоги надавали та ідентифікувалися за номером соціального забезпечення, і якщо особа відмовляється подавати заявку на отримання номера, Департамент не може здійснити виплату або надати медичну допомогу Medicaid. Я розумію, що номери соціального страхування будуть використовуватися для різних державних і федеральних перевірок через систему перевірки доходів і відповідності вимогам (IEVS). Ці перевірки охоплюють, зокрема, дані соціального страхування, IRS, SSI, записи про заробітну плату, страхування з безробіття та інші перевірки відповідно до повноважень IEVS. У разі виявлення розбіжностей ця інформація може бути перевірена за допомогою додаткових контактів. Інформація, надана IEVS, після перевірки може вплинути на право отримання та розмір грошових виплат. Ця інформація може бути передана іншим установам тільки відповідно до закону. Я заявляю, що всі особи, на яких подається заявка, є громадянами США або заявки на них прийнято відповідно до їхнього затвердженого статусу іноземця. Під страхом покарання за неправдиве свідчення я підтверджую, що інформація, включно з громадянством або статусом іноземця, надана мною в цій заявці, є правильною та правдивою, наскільки мені відомо, і я даю свою згоду Департаменту громадських послуг на будь-які необхідні контакти для перевірки моїх заяв. Я розумію, що інформація, яка міститься в цій заявці, використовується для визначення того, чи маю я право на отримання допомоги від Департаменту громадських послуг. Я розумію, що в разі надання неправдивої інформації, приховування інформації або неповідомлення про зміни протягом 10 днів я можу бути притягнутий до відповідальності за шахрайство, мені зменшать допомогу або відмовлять у її отриманні, і я буду змушений (-на) відшкодувати отриману мною допомогу. Також, я даю свою згоду на те, щоб Департамент громадських послуг встановив будь-які необхідні контакти для перевірки моїх свідчень або отримання додаткової інформації, що стосується мого права на отримання допомоги. Усі заявки на отримання допомоги розглядаються незалежно від раси, кольору шкіри, статі, інвалідності, релігійних переконань, національного походження або політичних поглядів. Якщо ви або ваш представник не згодні з будь-якими діями, зробленими щодо вашої справи, ви можете звернутися до співробітника з проханням провести справедливе слухання. Ваша справа може бути представлена на слуханні будь-якою особою за вашим вибором.

Х _____
Підпис заявника

_____ Дата

Х _____
Підпис чоловіка/дружини або уповноваженого представника заявника

_____ Дата

Х _____
Підпис свідка (якщо підписано відміткою)

_____ Дата

Оцінювання потреб у ресурсах кунест

Нижче представлена анкета з оцінювання потреб у додаткових ресурсах, заповнення якої є **добровільним** і не впливає на ваші пільги за програмою Medicaid. Ця анкета допоможе нам визначити та зрозуміти інші потреби, які можуть бути у вас і вашої родини, і які можуть вплинути на ваше здоров'я, тож ми зможемо надати вам доступ до суспільних ресурсів/послуг/програм, які можуть виявитися корисними, наприклад, транспорт, комунальні послуги, харчування, догляд за дітьми тощо. З результатами можна ознайомитися через обліковий запис кунест на сайті <https://kynect.ky.gov/resources> або зателефонувавши за номером 2-1-1, і отримати інформацію про ресурси/послуги/програми спільноти.

Усі інші члени сім'ї можуть заповнити індивідуальну анкету для оцінювання потреб, увійшовши у свій обліковий запис кунест на сайті <https://kynect.ky.gov/resources> або зателефонувавши за номером 2-1-1.

Обведіть кружечком літеру, яка найкраще описує вашу ситуацію.

1. Що найкраще описує вашу житлову ситуацію?

- a. У мене немає постійного житла.
- b. Я тимчасово живу в друга або члена сім'ї.
- c. Зараз я не сплачую орендну плату / іпотеку, і мені загрожує виселення.
- d. Я плачу за квартиру/іпотеку, але вона мені не по кишені (понад 30 % доходу).
- e. Зараз я користуюся програмою допомоги з оренди/іпотеки.
- f. Я плачу за оренду/іпотеку без проблем.

2. Що найкраще описує ситуацію з комунальними послугами (вода, електрика, опалення) у вашому будинку?

- a. У мене немає житла / я не плачу за комунальні послуги.
- b. Мені часто відключають комунікації через несплату.
- c. Я користуюся програмами, які допомагають оплачувати комунальні послуги.
- d. У мене бувають проблеми з оплатою комунальних послуг, але здебільшого я в змозі платити.
- e. Я в змозі оплачувати комунальні послуги так, щоб їх ніколи не відключали.

3. Що найкраще описує вашу поточну ситуацію з працевлаштуванням?

- a. Безробітний (-на).
- b. У мене є тимчасова, сезонна робота або робота із частковою зайнятістю, яка НЕ відповідає моїм потребам; мені потрібна додаткова зайнятість.
- c. Повний робочий день без пільг або з пільгами, які не відповідають моїм потребам.
(Примітка. До пільг можуть належати медичне, стоматологічне й офтальмологічне страхування, а також пенсійні пакети).
- d. У мене є тимчасова, сезонна робота або робота із частковою зайнятістю, яка ДІЙСНО відповідає моїм потребам; мені не потрібна додаткова зайнятість.
- e. Повний робочий день із пільгами, які відповідають моїм потребам.

4. Що найкраще описує вашу ситуацію з доходами?

- a. Доходу немає.
- b. Мій дохід нерегулярний.
- c. Мого доходу недостатньо для задоволення моїх потреб.
- d. Я можу задовольнити свої основні потреби за допомогою програм допомоги.
- e. Я можу задовольнити свої основні потреби без сторонньої допомоги.
- f. Мій дохід задовольняє мої потреби, добре організований, і я можу відкладати гроші.

**Комітет охорони здоров'я та сімейних
послуг штату Кентуккі
Департамент громадських послуг**

5. Що найкраще описує вашу ситуацію з харчуванням?

- a. Я не можу купити їжу.
- b. Я можу купити їжу, але в мене немає ні місця, ні часу, щоб її приготувати.
- c. Моя сім'я отримує продовольчу допомогу, наприклад, за програмою SNAP (талони на харчування), або іншу продовольчу допомогу.
- d. Я можу задовольнити свої основні потреби в їжі, але час від часу мені потрібна допомога, наприклад благодійна їдальня.
- e. Я можу задовольнити свої основні потреби в їжі без сторонньої допомоги.
- f. Я можу купувати будь-яку їжу, яку забажає моя сім'я.

6. Що найкраще описує вашу ситуацію щодо догляду за дітьми?

- a. Мені потрібен догляд за дитиною, але зараз я не можу дозволити собі його.
- b. Я можу дозволити собі догляд за дитиною, але варіанти догляду за дитиною ненадійні або недоступні.
- c. У догляді за дитиною допомагає особистий друг або член сім'ї.
- d. Я можу вибрати якісний догляд за дітьми за бажанням.
- e. Зараз мені не потрібен догляд за дітьми.

7. Що найкраще характеризує ваш рівень освіти?

- a. У мене немає диплома середньої школи / документа про загальноосвітній розвиток, і мені потрібна допомога в читанні та письмі.
- b. У мене є диплом середньої школи / документ про загальноосвітній розвиток, але мовний бар'єр є перешкодою.
- c. У мене є диплом середньої школи / документ про загальноосвітній розвиток, але мені необхідна додаткова освіта/підготовка, щоби поліпшити ситуацію з працевлаштуванням.
- d. Я здобув (-ла) освіту/підготовку, необхідну для працевлаштування.
- e. Зараз я навчаюся в середній школі або в навчальному закладі.

8. Що найкраще описує ваше медичне страхування?

- a. У мене немає медичної страховки, і мені потрібна страховка якомога швидше.
- b. У мене немає медичної страховки та термінової необхідності в ній.
- c. Деякі члени моєї сім'ї (наприклад діти) мають медичну страховку, але мені потрібна допомога, щоб зрозуміти, як нею користуватися.
- d. Деякі члени моєї сім'ї (наприклад, діти) мають медичну страховку, і ми розуміємо, як нею користуватися.
- e. Усі члени моєї сім'ї застраховані доступною медичною страховкою, але мені потрібна допомога, щоб зрозуміти, як нею користуватися.
- f. Усі члени моєї сім'ї застраховані доступною медичною страховкою, і ми розуміємо, як нею користуватися.

9. Що найкраще описує вашу транспортну ситуацію?

- a. У мене немає доступу до транспорту.
- b. У мене є автомобіль, але я не вмю його водити або він ненадійний.
- c. Я користуюся громадським транспортом або велосипедом, але для мене це незручно або проблематично.
- d. Мені не потрібна допомога з транспортом.

10. Вам потрібна допомога, пов'язана із психічним здоров'ям?

- a. Так, мені потрібна допомога щодо мого психічного здоров'я.
- b. Ні, мені не потрібна допомога щодо мого психічного здоров'я.

**Комітет охорони здоров'я та сімейних
послуг штату Кентуккі
Департамент громадських послуг**

- 11. Вам потрібна допомога, пов'язана із вживанням психоактивних речовин?**
- a. Так, мені потрібна допомога у зв'язку із вживанням психоактивних речовин.
 - b. Ні, мені не потрібна допомога у зв'язку із вживанням психоактивних речовин.
- 12. Вам потрібна допомога, пов'язана з домашнім насильством?**
- a. Так, мені потрібна допомога у зв'язку із домашнім насильством.
 - b. Ні, мені не потрібна допомога у зв'язку із домашнім насильством.
- 13. Що найкраще описує вашу ситуацію з доглядом за літніми людьми та/або людьми з інвалідністю?**
- a. Особисто мені або для когось, хто перебуває під моєю опікою через вік або інвалідність, терміново потрібна допомога.
 - b. Мені або комусь із тих, хто перебуває під моїм піклуванням, може знадобитися допомога в догляді через вік або інвалідність.
 - c. Мені не потрібна допомога з догляду за літніми людьми / людьми з інвалідністю.
- 14. Що найкраще описує ситуацію з навчанням ваших дітей у школі?**
- a. У мене є одна дитина або кілька дітей шкільного віку, які не відвідують школу.
 - b. Моя дитина або діти ходять до школи, але відвідують її лише частково.
 - c. Моя дитина або діти зараховані до школи та відвідують заняття більшу частину або весь час.
 - d. У мене немає дітей шкільного віку.
- 15. Що найкраще описує вашу здатність щодня задовольняти свої основні потреби?**
- a. У мене немає можливості задовольняти основні потреби, як-от їжа, одяг або місце для купання.
 - b. Я можу задовольнити деякі, але не всі свої основні потреби.
 - c. Я можу задовольнити більшість, але не всі свої основні потреби.
 - d. Я можу щодня задовольняти всі свої основні потреби.
- 16. Що найкраще описує ваші соціальні зв'язки та дружні стосунки?**
- a. Я самотній (-ня) та/або не хочу спілкуватися з людьми.
 - b. Я хотів (-ла) би більше спілкуватись із сім'єю або колективом, але мені потрібно більше інформації або підтримки.
 - c. У мене міцна сім'я / соціальна підтримка та/або я беру активну участь у житті своєї спільноти або груп підтримки.
- 17. Що найкраще описує вашу потребу в юридичній підтримці?**
- a. У мене є невиконаний ордер (ордери) або очікується пред'явлення обвинувачення.
 - b. Я повністю дотримуюся умов умовного засудження або умовно-дострокового звільнення.
 - c. У мене немає кримінального минулого або на мене не відкривали кримінальних справ понад 12 місяців.
- 18. Що найкраще описує ваші батьківські навички?**
- a. Мені потрібна допомога, щоби покращити свої батьківські навички.
 - b. Мої батьківські навички відповідають вимогам або добре розвинені.
 - c. У мене немає дітей.