**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Public Health

F-02483R (02/2024)

**РЕГИСТРАЦИЯ В ПРОГРАММЕ PACE**

**ИНСТРУКЦИИ И ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**(PACE PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)**

Заполнение этой формы является доюровольным, однако эта форма должна быть заполнена, если Вы желаете зарегистрироваться в программе РАСЕ. Если вы хотите подать заявку на участие в программе PACE, вы должны обратиться в местный Aging and Disability Resource Center (ADRC) - (ресурсный центр по проблемам старения и инвалидности) или, если вы являетесь членом племени, вы также можете обратиться к вашему Tribal Aging and Disability Resource Specialist (ADRS) - (специалисту по ресурсам старения и инвалидности племени). Контактную информацию местных центров ADRC и ADRS племени можно найти   
на [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm).

**КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТУ ФОРМУ**

1. Перед подписанием формы прочтите раздел Важная информация и все инструкции. Если Вам нужна информация на другом языке или в другом формате, пожалуйста, обратитесь в Ваш местный центр ADRC или ADRS племени.
2. Только физическое лицо, его или ее законный опекун, опекун или действующее по доверенности лицо могут подписать эту форму.

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

* Подписание этой формы не гарантирует Ваше право на участие в программе PACE.
* После подписания этой формы Вы можете принять решение не регистрироваться в программе. Регистрация в программе PACE является добровольной и Вы можете выйти из нее в любое время, однако Ваши льготы по программе Medicare останутся с программой PACE до последнего дня того месяца, в котором Вы подали запрос на выход из программы.
* Изменения в Вашем состоянии здоровья и финансовом положении могут повлиять на Ваше право участия в программе PACE. При возникновении таких изменений обсудите это с Вашим менеджером по медицинскому обслуживанию PACE или менеджером по медицинскому обслуживанию Вашего племени, если это применимо.
* Чтобы зарегистрироваться в PACE, Вы можете, но не обязаны (1) иметь право на Medicare Часть A; (2) быть зачисленным в Medicare Часть B; или (3) отвечать требованиям на право участия в Medicaid.

**ПОДПИСАНИЕ ДАННОЙ ФОРМЫ**

Я понимаю, что моя подпись (или подпись моего законного опекуна, попечителя или лица, действующего   
по доверенности) на этой форме означает, что я прочитал(а) и понял(а) содержание этой формы, включая информацию о дате регистрации и обеспечении выбора ниже. Я подтверждаю, что все мои ответы являются полными, насколько мне известно. Я понимаю, что, если я намеренно скрываю информацию или предоставляю ложную информацию в этой форме, меня могут исключить из программы. Я понимаю,   
что моя подпись разрешает центру ADRC или ADRS племени разгласить мою информацию   
нижеследующим агентствам:

* Организации PACE
* Другому центру ADRC или ADRS племени
* Агентству по поддержанию доходов
* Племени, к которому я принадлежу, если предоставлено
* Medicaid
* Medicare
* Поставщикам услуг и их уполномоченным представителям в целях обеспечения моих медицинских услуг.

**ЗАПРОШЕННАЯ ДАТА РЕГИСТРАЦИИ**

Вы можете выбрать дату, с которой Вы желаете зарегистрироваться в программе. Однако регистрация   
не может произойти до даты:

* ADRC или ADRS племени получают эту подписанную форму.
* Вашего соответствия всем функциональным и финансовым требованиям на право участия.

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫБОРА**

Основная цель программы PACE заключается в помощи в получении Вами услуг, необходимых для проживания по возможности в собственном доме или сообществе.

**ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

В соответствии с законодательством штата Висконсин Wis. Stat. § 49.45(4), Ваша информация, позволяющая установить личность, сохраняется конфиденциальной и используется только для непосредственного управления программой PACE.

**ИНФОРМАЦИЯ О PACE**

PACE является программой медицинского обслуживания Medicaid и Medicare штата Висконсин,   
и определенные требования на право участия применимы. Если вы зарегистрированы в Medicare и хотите зарегистрироваться в PACE, вы должны зарегистрироваться в плане PACE Medicare. Вы начнёте получать услуги программы Medicare PACE в первый день следующего месяца, в котором Ваше право   
на PACE установлено.

Если Вы в настоящее время зарегистрированы в программе Medicare, Ваш текущий план продолжит предоставлять Вам услуги программы Medicare до тех пор, пока Вы не получите право зарегистрироваться   
в плане PACE.

Для регистрации в PACE Вы должны проживать в районе обслуживания организацией PACE, должны быть не моложе 55 лет, требовать ухода уровня дома для престарелых и быть в состоянии безопасно жить   
в условиях сообщества на момент регистрации.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ**

**Раздел I**

* «Округ постоянного проживания» (County of Residence) означает округ, в котором Вы   
  фактически проживаете.
* «Округ, ответственный за медицинское обслуживание» (County of Responsibility) означает округ, ответственный за предоставление психиатрических и других услуг.
* «Улица и номер дома постоянного проживания» (Permanent Street Address) означает адрес места Вашего фактического проживания.

**Раздел II**

Этот раздел будет заполняться, если Вы имеете законного опекуна, попечителя или лицо, действующее   
по доверенности, или уполномоченного представителя программы Medicaid.

**Раздел III**

Пожалуйста, предоставьте для неотложных ситуаций контактную информацию друга или родственника,   
с которым мы можем связаться при неотложной ситуации.

**Раздел IV**

Этот раздел будет заполнен при необходимости.

**Раздел V**

Требуется Ваша подпись или подпись законного опекуна, попечителя или лица, действующего   
по доверенности. Если Вы подписываетесь пометкой, требуются две подписи свидетелей. Если Вы физически не можете подписаться, Вы можете поручить взрослому подписать форму в присутствии двух свидетелей. Человек, который подписывается от вашего имени, должен указать, что он подписывается   
по указанию заявителя.

ADRC или ADRS племени должен сохранять оригинал подписанной формы о регистрации или электронную скан-копию подписанной формы в течение 10 лет на тот случай, если документы будут запрашиваться.

**ПРОГРАММА PACE - РЕГИСТРАЦИЯ**

**CIP**

**ИНСТРУКЦИИ**: Прочитайте все инструкции перед подписанием этой формы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **РАЗДЕЛ I – ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя члена (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | | | | Дата рождения | | | |
| Текущее семейное положение (отметить только одну клетку)  Не женат/ не замужем  Женат/ замужем  Вдовец/ вдова | | | | | | | Если в настоящее время состоите в браке, полное имя супруга/ супруги (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес | | | Город | | | | | | | | | Штат | | | | Почтовый индекс | | |
| Номер телефона | Округ постоянного проживания | | | | | | | | | | | Ответственный округ | | | | | | |
| Американский индеец или уроженец Аляски  Да  Нет | | | | | | | | | Принадлежность к Американским индейцам/уроженцам Аляски | | | | | | | | | |
| Адрес электронной почты | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Улица и номер дома постоянного проживания (если отличаются  от указанных выше) | | | | Город | | | | | | | | Штат | | | | Почтовый индекс | | |
| Название учреждения - отметьте тип:  NH   ICF-IID  CBRF   AFH   RCAC | | | | | | | | | | | | Дата поступления в NH или ICF-IID | | | | | | |
| Улица и номер дома учреждения (если отличаются от указанных выше) | | | | | Город | | | | | | | Штат | | | | | Почтовый индекс | |
| **РАЗДЕЛ II – АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ЛИЦО, УПОЛНОМОЧЕННОЕ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас законный опекун?  Да  Нет  Тип:  Опекун лица  Опекун наследственного имущества  Опекун лица и наследственного  имущества | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя опекуна (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас другой законный опекун?  Да  Нет  Тип:  Опекун лица  Опекун наследственного имущества  Опекун лица и наследственного  имущества | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя опекуна (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имеется ли у Вас действующая Power of Attorney for Finance and Property (доверенность для финансов и собственности) (POAF)?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя POAF (имя, второй инициал, фамилия) | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имеется ли у Вас действующая Power of Attorney for Health Care- (доверенность для здравоохранения) (POAHC)?  Да — Дата вступления в силу:         Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя POAHC (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у вас попечитель?  Да - Дата вступления в силу         Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя попечителя (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас уполномоченный представитель программы Medicaid в качестве назначенного лица в форме Департамента социального обеспечения(DHS) [F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf) или [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf)?  Да—Дата:        Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя уполномоченного представителя программы Medicaid (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **РАЗДЕЛ III – ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Укажите имя друга или родственника, с которыми мы можем связаться при неотложной ситуации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя контактного лица (имя, средний инициал, фамилия) | | Номер телефона днём | | | | | | | | Номер телефона вечером | | | | | Степень родства  с Вами | | | |
| **РАЗДЕЛ IV – ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас в настоящее время медицинское страхование, такое как медицинское страхование, предоставляемое работодателем, частное страхование, льготы Управления по делам ветеранов (VA), TRICARE или медицинское страхование федерального работника? Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название и адрес страховой компании | | | | | | | | | | | | | Полис или идентификационный номер | | | | | |
| Номер группы | | | | | |
| Есть ли у Вас в настоящее время страховое покрытие рецептурных лекарственных средств? Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название страхового покрытия | | | | | | Полис или идентификационный номер | | | | | | | | | | | | Номер группы |
| Получаете ли Вы пособия системы социального страхования?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Получаете ли Вы пособие Railroad Retirement Board (RRB) - (Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников)?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Если Вы имеете право на программу Medicare**: | | | | | | | | | | | Имеет право на: | | | | | | | |
| Полное имя бенефициара  (имя, второй инициал, фамилия): | | | | | | | | | | | Дата вступления в силу: (месяц/день/год) | | | | | | | |
| Medicare Beneficiary Identifier (Идентификатор бенефициара программы Medicare) (MBI): | | | | | | | | | | | **СТРАХОВАНИЕ БОЛЬНИЧНЫХ РАСХОДОВ (ЧАСТЬ A)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ (ЧАСТЬ B)** | | | | | | | |
| **Пожалуйста, прочтите эту важную информацию** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Если Вы в настоящее время имеете медицинское страхование от работодателя или профсоюза,  то регистрация в PACE может повлиять на льготы, получаемые по страхованию от работодателя или профсоюза. Вы можете лишиться медицинского страхования от работодателя или профсоюза, если Вы зарегистрируетесь в PACE.** Прочтите сообщения, направленные Вам работодателем или профсоюзом. При наличии вопросов посетите их веб-сайт или обратитесь в офис, указанный в их сообщениях. Если Вы не знаете к кому обратиться, Вам могут помочь Ваш администратор льгот  или офис, отвечающий на вопросы касательно Вашего страхования. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**РАЗДЕЛ V – ВЫБОР РЕГИСТРАЦИИ И ПОДПИСЬ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Прочтите и подпишите ниже** | | | | | | | | | | | |
| Запрошенная дата регистрации: | | | | | | | | | | | |
| Выбранный план PACE:  PACE - Community Care Health Plan, Inc. | | | | | | | | | | | |
| **Заполнив это заявление на регистрацию я соглашаюсь со следующим:**  План PACE является планом Medicare и имеет контракт с федеральным правительством.  Я могу быть зарегистрирован (зарегистрирована) только в одном плане Medicare Advantage (Medicare  с преимущественным покрытием) в одно время и я понимаю, что моя регистрация в этом плане автоматически прекратит мою регистрацию в другом плане медицинского обслуживания Medicare или плане покрытия рецептурных лекарственных средств. Я буду получать услуги моего плана Medicare  от моего текущего плана Medicare до последнего числа того месяца в котором я подаю эту форму.  Я обязан(а) информировать ADRC или Tribal ADRS о моем страховом покрытии во время регистрации  и информировать организацию PACE в любое время в будущем о любом страховом покрытии рецептурных препаратов, которое у меня есть или которое я могу получить в будущем. Выбранный план обслуживает определенный район. Если я выеду из района обслуживания выбранного плана, я должен (должна) уведомить об этом план с тем, чтобы выйти из плана и найти новый план в моем новом районе. Будучи членом выбранного плана я имею право обжаловать решения плана касательно оплаты или услуг,  с которыми я не согласен (согласна). Я прочитаю Справочник участника PACE и Соглашение о регистрации по выбранному плану, когда узнаю, какие правила я должен соблюдать, чтобы получить страховое покрытие в рамках этого плана Medicare Advantage или Medicare. Я понимаю, что лица в программе Medicare обычно не покрыты страхованием программы Medicare находясь за пределами страны,  за исключением ограниченного страхового покрытия вблизи границы США. Я понимаю, что начиная с даты начала действия страхового покрытия выбранного плана, я должен (должна) получать все свое медицинское обслуживание по выбранному плану, за исключением неотложных или срочно необходимых услуг, или услуг диализа за пределами района обслуживания плана. Страхованием будут покрыты услуги, разрешенные выбранным планом, и другие услуги, указанные в Справочнике участника PACE  и Соглашении о регистрации  **БЕЗ РАЗРЕШЕНИЯ НИ MEDICARE, НИ ВЫБРАННЫЙ ПЛАН НЕ БУДУТ ОПЛАЧИВАТЬ УСЛУГИ.**  **Разрешение на передачу информации.** Вступая в этот план медицинского страхования Medicare  я подтверждаю, что выбранный план будет передавать мою информацию программе Medicare и другим планам при необходимости этого для лечения, оплаты и работы организаций здравоохранения. Я также подтверждаю, что выбранный план передаст мою информацию, включая данные о моих рецептурных препаратах, программе Medicare, которая может предоставить ее для исследовательских и других целей, которые соответствуют всем применимым федеральным законам и правилам. Информация в данной форме регистрации является правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что, если я намеренно предоставляю ложную информацию в этой форме, я буду исключен (исключена) из плана. Я понимаю,  что моя подпись (или подпись лица, уполномоченного действовать от моего имени в соответствии с законами штата, в котором я живу) на этом заявлении означает, что я прочитал (прочитала) и понял (поняла) содержание этого заявления. Если заявление подписано уполномоченным лицом (как описано выше), эта подпись подтверждает, что (1) это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата выполнить эту регистрацию и (2) документация об этих полномочиях доступна по запросу выбранного плана или программы Medicare.  Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся), настоящим заявляю о своем намерении и настоящим согласен (согласна) зарегистрироваться в указанном выше плане.  Я понимаю, что начальная дата моей регистрации в Medicaid будет       и моя регистрация  в программе Medicare начнется первого числа месяца, следующего за подачей этой формы. Я буду продолжать получать услуги программы Medicare от моего текущего плана до тех пор, пока я не буду иметь право зарегистрироваться в выбранном выше плане PACE. | | | | | | | | | | | |
| **Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся), настоящим заявляю о своем намерении и настоящим согласен (согласна) зарегистрироваться в указанной выше программе PACE.** | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ –** Лицо | | | | | | | | | | | Дата подписания |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | | | | | | | | | | | Дата подписания |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | | | | | | | | | | | Дата подписания |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | Дата подписания |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | Дата подписания |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **Для использования только офисом ADRC или ADRS племени** | | | | | | | | | | | |
| ADRC или племя: | | | | | Округ: | | | | | | |
| Сотрудник ADRC или ADRS племени: | | | | | | | | | Номер телефона: | | |
| Адрес электронной почты: | | | | | | | | | | | |
| Фактическая дата регистрации Medicaid: | | | | | | Дата регистрации Medicare: | | | | | |
| Информация о дате регистрации:  Фактическая дата регистрации:  Ожидаемая дата регистрации: срочные услуги  Дата регистрации на рассмотрении: соглашение  о предварительном разрешении  Дата регистрации на рассмотрении: перевод  в другое агентство при переезде. | | | | | | | Программа:  PACE | | | Подтвердите дату окончания обслуживания HMO, если это применимо: | |
| Статус регистрации в FHiC:  Дата регистрации в FHiC  Дата регистрации не указана в FHiC в ожидании регистрации в системе MA или IRIS.  MCO не обновляет LTCFS до подтверждения регистрации в FHiC. | | | | | | | | | | | |
| Участник программы Medicaid   Да  Нет  Идентификационный номер программы Medicaid:  Язык уведомления для CARES:  Английский Испанский | | Уровень ухода  Проверьте назначенный NH LOC  в левом столбце, а затем проверьте соответствующий нарушению развития (DD) LOC в правом столбце. Должны быть отмечены максимум два поля.   |  |  | | --- | --- | | Выберите 1 | Выберите 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | | | | | | | | | Целевая группа:  FE  ID/DD  PD | |
| **Только для использования офисом PACE**  Идентификационный номер плана: | | | | Имя и фамилия штатного работника (если он помогал при регистрации) | | | | | | | |
| Фактическая дата покрытия Medicare | | | Номер поставщика услуг Medicaid | | | | | Фактическая дата регистрации Medicaid | | | |
| Распространение заполненной формы: | Лицо, Опекун, Доверительный управляющий или поверенный  Выбранная MCO  Поддержание доходов, если применимо  Племя, если применимо | | | | | | | | | | |