



**НOMECARE  
WORKER**

---

**БУКЛЕТ ПЛАНА НА 2016 ГОД**

Дополнительный и льготный  
доверительные фонды

Редакция от май 2016 г.

# ВВЕДЕНИЕ

*Приветствуем читателей буклета о льготах и пособиях, посвященного  
Дополнительному доверительному фонду для работников по уходу на дому  
штата Орегон (далее «Дополнительный доверительный фонд») и Льготному  
доверительному фонду для работников по уходу на дому штата Орегон  
(далее «Льготный доверительный фонд»). Цель буклета — предоставить вам  
информацию о применяемых к Участникам квалификационных критериях и  
доступных вам льготах, а также ссылки на полезные ресурсы.*

Нам всем необходимо стабильное и доступное медицинское страхование. Однако по состоянию на 2013 год у одного из четырех работников по уходу на дому штата Орегон отсутствовала медицинская страховка.

Вот почему члены международного профсоюза сферы обслуживания SEIU Local 503 (далее «Профсоюз») приложили столько усилий при обсуждении с правительством штата Орегон новой модели медицинского обслуживания, которая бы распространялась на правомочных работников по уходу на дому и работников по персональному уходу (далее «Участники»).

Дополнительный доверительный фонд и льготный доверительный фонд были созданы для оказания помощи в оплате страховых платежей, компенсации самостоятельно оплаченных расходов, обеспечения стоматологических услуг и услуг окулиста и предоставления льгот

по программе помощи сотрудникам для правомочных Участников. Дополнительный доверительный фонд оказывает поддержку правомочным

Участникам в оплате определенных страховых платежей и компенсации самостоятельно оплаченных расходов, касающихся медицинского страхования Участника. Льготный доверительный фонд предлагает правомочным Участникам застрахованные стоматологические услуги, услуги окулиста и льготы по программе помощи сотрудникам.

Льготный доверительный фонд также предоставляет пособие на оплачиваемые отгулы правомочным работникам по персональному уходу и работникам по круглосуточному уходу на дому.

Информация, содержащаяся в данном буклете, также доступна в Интернете по ссылке: [ORHomecareTrust.org](http://ORHomecareTrust.org).

## КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО: К КОМУ ОБРАТИТЬСЯ

Если вы новичок и еще не зарегистрировались, но желаете узнать о возможных вариантах, свяжитесь с Отделом регистрации для медицинского обслуживания (Healthcare Enrollment Team), позвонив по телефону 1-844-507-7554 (затем выберите вариант 1) или по адресу электронной почты [acahotline@orhomecaretrust.org](mailto:acahotline@orhomecaretrust.org).

Если вы уже зарегистрировались через биржу медицинского страхования и у вас есть вопросы о статусе вашего заявления или вам необходимо внести изменения, обратитесь в компанию Valley Insurance Professionals по номеру 1-844-507-7554 (затем выберите вариант 2).

Если вы уже зарегистрировались и вам необходима помощь в получении доступа к услугам или у вас есть вопросы относительно вашей правомочности или ваших льгот, обратитесь в администрацию Доверительного фонда по телефону 1-844-507-7554 и выбрав сначала вариант 3, а затем вариант 2, или по адресу электронной почты [ohcwt@bsitpa.com](mailto:ohcwt@bsitpa.com).

# СОДЕРЖАНИЕ

## БУКЛЕТ ПЛАНА



Руководство профсоюза и переговорный комитет согласовали изменения в медицинском обслуживании на основании результатов опроса тысяч работников по уходу на дому и работников по персональному уходу

## ЛЬГОТЫ

Квалификационные критерии 6

Сводное описание льгот 13

Дополнительный доверительный фонд Medicare 16

Обзор биржи медицинского страхования

Льготный доверительный фонд 21

Стоматологические услуги  
Услуги окулиста  
Программа помощи сотрудникам  
Оплаченные отгулы

## ФОРМЫ

Компенсация 23  
Показания под присягой

Прямой депозит  
Отказ  
Апелляции

## РЕСУРСЫ

Контактная информация 26  
Следующие шаги  
Глоссарий терминов  
Дорогостоящие рецептурные препараты  
Удобная льготная карта  
Как читать расшифровку выплат (ЕОВ)?

## ПРИМЕЧАНИЯ

Конфиденциальность 34  
Льготный доверительный фонд COBRA

## ИНФОРМАЦИЯ ВАЖНАЯ

Информационная памятка 43

# Дополнительный доверительный фонд и Льготный доверительный фонд

## Часто задаваемые вопросы



### Почему мы перешли на новую систему?

**Руководство профсоюза и переговорный комитет согласовали изменения в медицинском обслуживании на основании результатов опроса тысяч работников по уходу на дому и работников по персональному уходу.**

- Ранее 1 из 4 работников по уходу на дому не мог воспользоваться льготами по медицинскому обслуживанию, но и это еще не все.
- Работники по уходу на дому, у которых была медицинская страховка, считали трудновыполнимым ранее применявшееся квалификационное требование о необходимости отработки 80 часов работы по условиям профессиональной ассоциации в месяц. Например, если работник по уходу на дому оставался без потребителя его услуг, такому работнику было сложно успеть обеспечить наработку 80 часов работы по

условиям профессиональной ассоциации в месяц до того, как его право на медицинскую страховку утратит силу.

- Имели место опасения по поводу предложенного урезания льгот по причине отсутствия финансирования; по этому вопросу члены Профсоюза вынуждены были обращаться в переговорный комитет сразу же после заключения первого договора.
- И наконец, руководству профсоюза и переговорному комитету было четко доведено требование о необходимости обеспечения ежемесячных страховых платежей. К сожалению, данная льгота является редкостью для представителей других профессий, но руководству вашего профсоюза и переговорному комитету удалось согласовать предоставление данной льготы работникам по уходу на дому и работникам по персональному уходу.

## Что собой представляют доверительные фонды?

Доверительные фонды — это организации, созданные для предоставления связанных с медицинским обслуживанием льгот правомочным Участникам. Доверительные фонды предоставляют Участникам финансовое обеспечение для выплаты страховых платежей и другие льготы. Дополнительный доверительный фонд создан для работы с биржами медицинского страхования, действующими на основании Закона «О доступном здравоохранении». Данный доверительный фонд дополнительно оплачивает некоторые виды страховых платежей

и компенсирует некоторые самостоятельно оплачиваемые пациентом расходы, связанные с одобренными доверительным фондом планами медицинского страхования, распространяемыми через биржи медицинского страхования. Льготный доверительный фонд предлагает застрахованные услуги по стоматологическому обслуживанию, услуги окулиста и льготы по программе помощи сотрудникам для всех правомочных Участников, а также предоставляет оплачиваемый отгул правомочным работникам по персональному уходу и работникам по уходу на дому.

## Имеют ли члены моей семьи право на страховое покрытие за счет доверительных фондов?

Нет, супруги и дети не могут получать льготы, предоставляемые доверительным фондом. Мы просим вас проверить, существует ли медицинское страхование для членов вашей

семьи на основании Закона «О доступном здравоохранении», поскольку велика вероятность того, что вы сможете найти для них доступное страхование.

## Почему мои страховые платежи по медицинскому страхованию оплачиваются Дополнительным доверительным фондом только в том случае, если я выбираю конкретные планы страхования?

Для получения от страховых компаниями компаний льгот на максимально выгодных условиях необходимо снизить количество доступных планов. Дополнительный доверительный фонд смог достичь договоренности с определенными страховыми компаниями, и теперь Доверительный фонд может помочь Участникам оплачивать ежемесячные

платежи, начисляемые данными страховыми компаниями. Если бы Доверительный фонд не ограничивал количество планов, такая помощь с оплатой платежей была бы невозможной. Доверительный фонд провел поиск высококачественных планов для Участников, которые бы соответствовали бюджету Дополнительного доверительного фонда и регистрация на которые была бы доступна через биржи медицинского страхования.

## Необходимо ли мне подписаться на план медицинского страхования для жителей штата Орегон (Oregon Health Plan, далее «ОHP»)?

Если вы имеете право на пользование ОHP, но решаете не регистрироваться, Дополнительный доверительный фонд не оплатит часть вашего платежа по другому плану. С 1 января 2014 года план медицинского страхования для жителей

штата Орегон Oregon Health Plan будет переименован в Oregon Health Plan Plus. В ОHP Plus страховые платежи будут отсутствовать, а совместные платежи будут минимальными.

## Кто управляет деятельностью доверительных фондов?

Одной из значительных побед Профсоюза при создании Доверительных фондов стало предоставление работникам по уходу на дому и работникам по персональному уходу гораздо более подробной информации о структуре льгот. Каждый Доверительный фонд управляется Попечительским советом из десяти членов. Текущий состав попечительских советов был назначен профсоюзным комитетом Профсоюза работников по уходу на дому и в него входят

Хизер Конрой, исполнительный директор международного профсоюза работников сферы обслуживания SEIU Local 503 профсоюза муниципальных работников штата Орегон (Oregon Public Employees Union, OPE), восемь руководителей коллективов работников по уходу на дому и по персональному уходу и один член персонала Профсоюза. Будучи членами попечительских советов, работники по уходу на дому и по персональному уходу будут стремиться обеспечить соответствие Доверительных фондов нуждам работников.

# Квалификационные критерии

## Права на получение всех льгот, кроме льгот на оплачиваемые отгулы

Следующие критерии применяются к лицам, застрахованным профессиональной ассоциацией работников по уходу на дому — членом международного профсоюза работников сферы обслуживания (Service Employees International Union, SEIU), и ими следует руководствоваться при определении права на страхование с привлечением Льготного доверительного фонда и Дополнительно доверительного фонда, за исключением льгот на оплачиваемые отгулы, о которых будет сказано ниже. (Физические лица, застрахованные профессиональной ассоциацией работников по уходу на дому SEIU, имеющие право участвовать в Доверительных фондах, в данном буклете именуются «Участники».)

## Первичная правомочность

Для получения права на льготы через Доверительные фонды вам следует отработать не менее 40 часов два месяца подряд, выполняя работы, предусмотренные профессиональной ассоциацией. Администрация Доверительного фонда должна получить информацию об отработанных вами часах от властей штата, поэтому важно своевременно сдавать ваши квитанции о выплате заработной платы, поскольку существует естественный временной промежуток между фактической отработкой вами часов и моментом предоставления информации о них в Доверительный фонд. В результате такого запаздывания, после того как вы получите право на пользование льготами, будет назначен месячный период ожидания, прежде чем на вас начнет распространяться право на льготы от Доверительного фонда. Например, если вы отработали по 40 часов в январе и феврале, обеспечение, предоставляемое через Доверительный фонд, будет действительным с 1 апреля.

Отработанные часы в целях данных квалификационных критериев будут определяться администрацией Доверительного фонда на основании последних предоставленных агентством данных количества оплачиваемых часов или других подобных данных, полученных и принятых администратором Доверительного фонда, на его исключительное рассмотрение. Датой вступления в силу страхового покрытия для льгот, описанных в пунктах А.1, А.2 и А.3 на странице 13 является месяц, следующий за датой, на которую администратор Доверительного фонда проверит и подтвердит вашу правомочность, при условии, если речь идет о льготах согласно пункту А.3, что ваше заявление на предоставление страхового покрытия было подано через соответствующую Биржу.

## Текущая правомочность

Вы остаетесь правомочным получателем льгот от Доверительных фондов, за исключением случая, когда отработанное вами количество часов по условиям профессиональной ассоциации за два месяца подряд сократилось до нуля.

## Утрата права

Если отработанное вами количество часов по условиям профессиональной ассоциации за два месяца подряд сократится до нуля, вы потеряете право на получение страхового покрытия через Доверительные фонды. Вам будет предоставлена месячная отсрочка, перед тем как ваше право на получение льгот от Доверительных фондов прекратит свое действие. Например, если в сентябре и октябре вы отработали по условиям профессиональной ассоциации ноль часов, ваше право на льготы, предоставляемые через Доверительный фонд, прекратит свое действие 1 декабря. Также вы получите письмо с предупреждением по прошествии первого месяца, в котором количество часов работы по условиям профессиональной ассоциации сократилось до нуля, и предварительное уведомление о прекращении правомочности по отношению к Доверительным фондам по прошествии второго месяца подряд, в котором количество часов работы по условиям профессиональной ассоциации осталось равным нулю. Потеря права на получение льгот от Доверительного фонда не означает прекращения действия вашего плана медицинского страхования, приобретенного через Биржу. Потеря данного права будет означать лишь то, что вы сами будете нести ответственность за оплату страховых платежей и не получите возмещение самостоятельно оплачиваемых расходов, связанных с данным планом медицинского страхования. Если вы перестанете осуществлять страховые платежи, ваша страховая компания отменит ваш план медицинского страхования.

## Восстановление правомочности

В случае потери вами права на получение льгот, вам следует отработать не менее 40 часов два месяца подряд по условиям профессиональной ассоциации, а затем подождать еще один месяц, после которого вы вновь получите данное право.

## Право работника по персональному уходу на льготы на оплачиваемые отгулы

Следующие критерии применяются по отношению к оплачиваемым отгулам для работников по персональному уходу, застрахованным профессиональной ассоциацией работников по уходу на дому SEIU. Данные льготы можно

получить при помощи Льготного доверительного фонда при условии соответствия следующим квалификационным критериям.

Для получения права на 20 часов оплачиваемых отгулов с 1 февраля вам следует отработать не менее 80 часов по условиям профессиональной ассоциации в одном из предшествующих месяцев: октябре, ноябре или декабре. Для получения права на 20 часов оплачиваемых отгулов с 1 июля, вам следует отработать не менее 80 часов по условиям профессиональной ассоциации в одном из предшествующих месяцев: марте, апреле или мае. Данные контрольные месяцы именуется «Расчетным периодом». Для получения права на оплачиваемые отгулы, вам также надлежит предоставить в администрацию Доверительного фонда заполненную форму W-9.

#### **Ставка оплаты работника по персональному уходу**

Ставка оплаты означает начисленную месячную заработную плату работника по персональному уходу (до удержания налогов), деленную на количество обеспеченных льготами часов, отработанных в течение данного месяца. В качестве ставки оплаты, используемой для расчета оплачиваемого отгула работника по персональному уходу, берется ставка оплаты, рассчитанная за первый месяц, входящий в расчетный период, в котором было отработано 80 часов.

Например, если работник по персональному уходу отработал 80 часов в октябре, 48 часов в ноябре и 120 часов в декабре, он получит право на получение оплачиваемого отгула с 1 февраля. В данном примере ставка, по которой будет оплачиваться отгул, будет рассчитана на основании данных за октябрь, а именно общей суммы заработной платы за месяц, деленной на количество отработанных в данном месяце часов. Если сумма начисленной заработной платы Участника до вычетов за октябрь составила 1000 долл. США, а общее количество отработанного в данном месяце времени составляет 80 часов, его льготные отгулы в следующем льготном периоде будут оплачиваться по ставке 12,50 долл. США в час.

Для каждого расчетного периода будет действовать своя индивидуальная ставка оплаты, определенная конкретно для данного периода. Участник сначала получит оплату на основании самых ранних отработанных часов, и после ее выплаты дополнительные льготы на оплачиваемые отгулы больше начисляться не будут до подтверждения права участника на получение данной льготы в следующем расчетном периоде.

#### **Начисление оплачиваемых отгулов работникам по персональному уходу**

На каждый период выплаты пособия правомочным работникам по персональному уходу начисляется 20 часов оплачиваемых отгулов по ставке оплаты, определенной выше.

#### **Выплата пособия на оплачиваемые отгулы работникам по персональному уходу**

Сразу же после подтверждения права Участника на оплачиваемый отгул Участник может направить письменное заявление о выплате ему пособия в размере от минимальной суммы, соответствующей 4 часам оплачиваемых отгулов по рассчитанной ставке, вплоть до максимально возможной суммы, соответствующей 20 часам оплачиваемых отгулов за данный период выплаты льгот. Выплата производится в течение 30 дней

с момента получения заявления о выплате льгот по оплачиваемым отгулам. После выплаты максимальной суммы льгот за конкретный период дополнительные льготы больше выплачиваться не будут до очередного подтверждения права Участника на получение данных льгот в следующем расчетном периоде.

#### **Выплата наличными за оплачиваемые отгулы работникам по персональному уходу**

Любые неоплаченные льготы на оплачиваемые отгулы с льготных периодов прошлого года выплачиваются наличными одной суммой не позднее 15 февраля следующего года. Не допускается перевод остатка льгот на оплачиваемые отгулы с льготных периодов, начавшихся в определенном году, в льготные периоды, начавшиеся в следующем году.

Например, если в феврале 2016 года было подтверждено право работника по персональному уходу на получение льгот на 20 часов по ставке 13,00 долл. США в час, а после этого в июле 2016 года вновь подтверждается его право на получение льгот на 20 часов по ставке 14,25 долл. США в час, после чего такой работник в течение 2016 года решает использовать льготы на 8 часов оплачиваемого отгула, оставшиеся 32 часа льгот на оплачиваемые отгулы будут выплачены работнику наличными 15 февраля 2017 года в сумме 441,00 долл. США:

$(20 \text{ ч} \times 13,00 \text{ долл. США/ч} = 260 \text{ долл. США}) -$   
 $(8 \text{ оплаченных наличными часов} \times 13,00 \text{ долл. США/ч} = 104 \text{ долл. США})$   
 $= \text{остаток } 156 \text{ долл. США}$  и  $(20 \text{ ч} \times 14,25 \text{ долл. США/ч} = 285 \text{ долл. США})$  общий остаток составляет  $156 + 285 = 441,00 \text{ долл. США}$ .

## **Право на оплачиваемый отгул для работника по круглосуточному уходу на дому**

Следующие квалификационные критерии получения права на льготы применяются по отношению к оплачиваемым отгулам для работников по круглосуточному уходу на дому, профессиональной ассоциацией работников по уходу на дому SEIU (далее «Работник по круглосуточному уходу»). Данные льготы предоставляются через Льготный доверительный фонд. Определение права на льготы проводится на ежемесячной основе, начиная с сентября 2015 года, для начисления пособий с 1 ноября 2015 года. Сумма пособия, начисляемая в каждом месяце, зависит от количества часов обеспечиваемой льготами работы по круглосуточному уходу на дому, выполненной в контрольном месяце (за два месяца до месяца начисления льгот) согласно следующей таблице. Однако ни при каких условиях сумма начисленных льгот на оплачиваемые отгулы работника по круглосуточному уходу не может в какой-либо момент времени превышать 144 часа.

# Квалификационные критерии

Например, если вы отработали 240 обеспечиваемых льготой часов в сентябре 2015 года, вам будет начислено 16 часов оплачиваемых отгулов с 1 ноября 2015 года.

Дополнительными критериями получения права на данные льготы является предоставление вами в администрацию Доверительного фонда заполненной формы W-9, заявления о присвоении идентификационного налогового номера и прохождение вами аттестации. В противном случае работник по круглосуточному уходу впервые получит право на льготу на оплачиваемый отгул с 1 ноября 2015 года или с даты, на которую Участник выполнит необходимое количество обеспечиваемой льготой работы и заполнит и сдаст в администрацию Доверительного фонда форму W-9.

## **Ставка оплаты оплачиваемого отгула работника по круглосуточному уходу на дому**

Ставка оплаты означает начисленную месячную заработную плату работника по круглосуточному уходу на дому (до удержания налогов), деленную на количество обеспеченных льготами часов, отработанных в течение данного месяца. В качестве ставки оплаты, используемой для расчета оплачиваемого отгула работника по круглосуточному уходу на дому, берется ставка оплаты, рассчитанная за контрольный месяц.

Например, в качестве ставки оплаты, используемой для определения размера вашей льготы на январь 2016 года, берется ставка оплаты, рассчитанная за ноябрь 2015 года. Если ваша начисленная заработная плата (до удержания налогов) за ноябрь 2015 года составила 3136 долл. США и вы выполнили 320 часов обеспечиваемой льготами работы, ваша часовая ставка оплаты за ноябрь составит 9,80 долл. США.

Каждому контрольному месяцу может соответствовать своя ставка оплаты в зависимости от суммы начисленной заработной платы (до удержания налогов) и количества отработанных в каждом месяце часов. Обращаясь с заявлением на получение льготы на оплачиваемые отгулы,

вы сначала получите льготы за наиболее ранние отработанные часы по соответствующей ставке оплаты труда.

## **Выплата льготы на оплачиваемые отгулы работникам по круглосуточному уходу**

После подтверждения администрацией Доверительного фонда вашего права на получение льготы на оплачиваемые отгулы, вы можете направить форму заявления на выплату льготы на оплачиваемые отгулы в администрацию Доверительного фонда для получения льгот в размере от эквивалента 4 часов до максимальное начисленной вам суммы льгот на оплачиваемые отгулы. Администрация Доверительного фонда выплатит вам запрошенную льготу в течение 30 дней с момента получения заявления о выплате льгот на оплачиваемые отгулы. После выплаты вам максимальной суммы льгот, дополнительные льготы на оплачиваемые отгулы больше выплачиваться не будут до очередного подтверждения вашей правомочности в следующем месяце.

## **Выплата наличными за оплачиваемые отгулы работникам по круглосуточному уходу и перенос начисленных сумм на следующий период**

Если вы до 31 января не обратились за выплатой всей суммы ваших льгот на оплачиваемые отгулы, начисленных вам в предыдущем году, Доверительный фонд автоматически выплатит вам наличными 50 % суммы льгот на оплаченные отгулы, начисленных в предыдущем году. Данная сумма наличных будет выплачена в феврале года, следующего за годом начисления льгот. Оставшаяся часть начисленных вам льгот на оплачиваемые отгулы будет перенесена на следующий год.

Независимо от того, будете ли вы ежегодно получать на руки всю сумму льгот на оплачиваемые отгулы, данные льготы будут считаться доходом, облагаемым налогом в том году, в котором льготы были начислены, даже если данные льготы фактически будут выплачены в следующем году.

Количество отработанных за месяц часов	Начисленные льготы на оплачиваемые отгулы
112	8
160	12
222	16
288	20
352 и более	24

# Право работника по уходу на дому, работающего с повременной оплатой, на льготы на оплачиваемый отгул

Следующие правила применяются в отношении льгот на оплачиваемые отгулы для работников по уходу на дому, работающих с повременной оплатой, от профессиональной ассоциации работников по уходу на дому SEIU и регулируют правомочность получения льгот на оплачиваемые отгулы через Льготный доверительный фонд. Данные льготы можно получить при помощи Льготного доверительного фонда с 1 февраля 2016 года при условии соответствия следующим правилам определения правомочности.

Для получения права на 20 часов льгот на оплачиваемые отгулы с 1 февраля вам следует отработать не менее 80 часов по условиям профессиональной ассоциации в одном из предшествующих месяцев: октябре, ноябре или декабре. Для получения права на 20 часов оплачиваемых отгулов с 1 июля, вам следует отработать не менее 80 часов по условиям профессиональной ассоциации в одном из предшествующих месяцев: марте, апреле или мае. Данный контрольный период именуется «Расчетным периодом». Для получения права на оплачиваемые отгулы, вам также надлежит предоставить в администрацию Доверительного фонда заполненную форму W-9.

## Ставка оплаты для работника по уходу на дому, работающего с повременной оплатой

Ставка оплаты означает начисленную месячную заработную плату работника по уходу на дому, работающего с повременной оплатой (до удержания налогов), деленную на количество обеспеченных льготами часов, отработанных в течение данного месяца. В качестве ставки оплаты, используемой для расчета оплачиваемого отгула работника по уходу на дому, работающего с повременной оплатой, берется ставка оплаты, рассчитанная за первый месяц, входящий в расчетный период, в котором было отработано 80 часов.

Например, если работник по уходу на дому, работающий с повременной оплатой, отработал 80 часов в октябре, 48 часов в ноябре и 120 часов в декабре, он получит право на льготы на оплачиваемые отгулы с 1 февраля. В данном примере ставка, по которой будет оплачиваться отгул, будет рассчитана на основании данных за октябрь, а именно общей суммы заработной платы за месяц, деленной на количество отработанных в данном месяце часов. Если сумма начисленной заработной платы Участника до вычетов за октябрь составила 1000 долл. США, а общее количество отработанного в данном месяце времени составляет 80 часов, его льготные отгулы в следующем льготном периоде будут оплачиваться по ставке 12,50 долл. США в час.

Для каждого расчетного периода будет действовать своя индивидуальная ставка оплаты, определенная

конкретно для данного периода. Участник сначала получит оплату на основании самых ранних отработанных часов, и после ее выплаты дополнительные льготы на оплачиваемые отгулы больше начисляться не будут до подтверждения права участника на получение данной льготы в следующем расчетном периоде.

## Начисление льгот на оплачиваемые отгулы работникам по уходу на дому, работающим с повременной оплатой

На каждый период выплаты льгот имеющим право на данное пособие работникам по уходу на дому, работающим с повременной оплатой, начисляется 20 часов оплачиваемых отгулов по ставке оплаты, определенной выше.

## Выплата льгот на оплачиваемые отгулы работникам по уходу на дому, работающим с повременной оплатой

Сразу же после подтверждения права Участника на льготы на оплачиваемые отгулы, Участник может направить письменный запрос на выплату ему минимальной суммы льгот, соответствующей 4 часам оплачиваемых отгулов по рассчитанной ставке вплоть до максимально возможной суммы льгот, соответствующей 20 часам оплачиваемых отгулов за конкретный период выплаты льгот. Выплата производится в течение 30 дней с момента получения заявления о выплате льгот по оплачиваемым отгулам. После выплаты максимальной суммы льгот за конкретный период дополнительные льготы больше выплачиваться не будут до очередного подтверждения права Участника на получение данных льгот в следующем расчетном периоде.

## Выплата наличными за оплачиваемые отгулы работникам по уходу на дому, работающим с повременной оплатой

Любые неоплаченные льготы на оплачиваемые отгулы с льготных периодов прошлого года выплачиваются наличными одной суммой не позднее 15 февраля следующего года. Не допускается перевод остатка льгот на оплачиваемые отгулы с льготных периодов, начавшихся в определенном году, в льготные периоды, начавшиеся в следующем году.

Например, если в феврале 2016 года было подтверждено право работника по персональному уходу на получение льгот на 20 часов отгулов по ставке 13,00 долл. США в час, и после этого в июле 2016 года вновь подтверждается его право на получение льгот на 20 часов отгулов по ставке 14,25 долл. США в час, после чего такой работник в течение 2016 года решает использовать 8 часов льгот на оплачиваемые отгулы, оставшиеся 32 часа льгот на оплачиваемые отгулы будут выплачены работнику наличными 15 февраля 2017 года в сумме 441,00 долл. США:

$(20 \text{ ч} \times 13,00 \text{ долл. США/ч} = 260 \text{ долл. США}) - (8 \text{ ч оплаченных наличными} \times 13,00 \text{ долл. США/ч} = 104 \text{ долл. США}) = \text{остаток } 156 \text{ долл. США}$  и  $(20 \text{ ч} \times 14,25 \text{ долл. США/ч} = 285 \text{ долл. США})$ , общий остаток составляет  $156 + 285 = 441,00 \text{ долл. США}$ .

# Квалификационные критерии

## Правила, применяемые по отношению к работникам по уходу смешанного типа

Если Участник выполняет разные работы по условиям профессиональной ассоциации (например, является одновременно работником по уходу на дому, работающим с повременной оплатой, работником по круглосуточному уходу на дому и работником по персональному уходу), он будет получать льготы на оплачиваемые отгулы следующим образом.

1. Если Участник работает в качестве работника по круглосуточному уходу на дому, такой Участник будет получать льготы на оплачиваемые отгулы через Льготный доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон по правилам, применяемым по отношению к работникам по круглосуточному уходу на дому; при этом такой Участник утрачивает право на получение льгот на оплачиваемые отгулы в связи с выполнением им или ею работы в качестве работника по уходу на дому, работающего с повременной оплатой и/или работника по персональному уходу.
2. Если Участник не работает в качестве работника по круглосуточному уходу на дому, его или ее часы, отработанные в качестве работника по персональному уходу и работника по уходу на дому, работающего с повременной оплатой, будут объединены в целях определения права на получение льгот на оплачиваемые отгулы.

## Правила, применяемые по отношению ко всем льготам на оплачиваемые отгулы

Участники могут назначить выгодоприобретателя и альтернативного выгодоприобретателя, который получит оставшуюся часть льгот на оплачиваемые отгулы в случае смерти Участника до выплаты таких льгот. Если выгодоприобретатель не был назначен или если выгодоприобретатель умер раньше Участника или если выгодоприобретатель не может быть оперативно найден, начисленный остаток будет выплачен распорядителю собственности Участника.

Сумма льгот на оплаченные отгулы является доходом, облагаемым налогом в том году, в котором Участник получил право на выплату льгот. Одним из критериев получения права на льготы на оплаченные отгулы является предоставление Участником заполненной формы W-9 Доверительному фонду. Если заполненная форма W-9 не будет получена до даты, на которую льготы в ином случае подлежали бы выплате, Участник будет считаться утратившим право на получение льгот и выплаты не получит.

Выплата льгот считается компенсацией, получаемой от Доверительного фонда, и ее следует указывать в форме 1099-MISC Налогового управления США, если сумма начисленных за год льгот составляет менее 600 долл. США или больше. Если сумма пособия менее 600 долл. США, нет необходимости указывать ее в форме 1099. Если сумма пособия достигает 600 долл. США, администрация Доверительного фонда направит форму 1099-MISC Участнику и в Налоговое управление США.

Администрация Доверительного фонда должна получить информацию об отработанных вами часах от властей штата, поэтому важно своевременно сдавать ваши квитанции о выплате заработной платы, поскольку существует естественный временной промежуток между фактической отработкой вами часов и моментом предоставления информации о них в Доверительный фонд. После подтверждения соответствия всем критериям получения права на льготы на оплачиваемые отгулы вы можете в любой момент направить заявление на получение льгот на оплачиваемые отгулы в администрацию Доверительного фонда. Если вы до 31 января года, следующего за годом, в котором вы приобрели право на получение льгот, не обратились с заявлением на получение льгот, Доверительный фонд автоматически выплатит вам сумму льгот 15 февраля того же года, при условии предоставления вами заполненной формы W-9 в администрацию Доверительного фонда.

Отработанные часы в целях данных квалификационных критериев будут определяться администрацией Доверительного фонда на основании последних предоставленных агентством данных количества оплачиваемых часов или других подобных данных, полученных и принятых администрацией Доверительного фонда на ее исключительное усмотрение.

# Регистрация

## Регистрация в течении периода открытой регистрации

Если вы регистрируетесь для получения медицинской страховки посредством платформы Health Insurance Marketplace (далее «Рынок медицинского страхования», или «Биржа») в штатах Орегон, Вашингтон, Калифорния или Айдахо, вы можете выбрать любой, прошедший отбор план медицинского страхования, доступный на Бирже, но для получения выплат от Дополнительного Доверительного фонда, описанных в пункте А.3 на странице 13, вам следует выполнить квалификационные требования, описанные в данных Критериях, а также вы должны подписаться на план из числа перечисленных ниже в том районе обслуживания, в котором вы проживаете.

### Участники, проживающие в штате Орегон

- Для районов обслуживания страховой компанией Kaiser на 2014 год: план медицинского страхования Kaiser Silver с франшизой 1500 долл. США.
- Для районов обслуживания кроме районов обслуживания страховой компанией Kaiser на 2014 год: план медицинского страхования MODA с франшизой 1000 долл. США.
- Для районов обслуживания страховой компанией Kaiser на 2015 год: план медицинского страхования Kaiser Silver с франшизой 1500 долл. США или план Simple Broad HSA Silver кооператива Oregon CO-OP с франшизой 3000 долл. США.
- Для районов обслуживания кроме районов обслуживания страховой компанией Kaiser на 2015 год: план медицинского страхования MODA с франшизой 1150 долл. США или план Simple Broad HSA Silver кооператива Oregon CO-OP с франшизой 3000 долл. США.
- Для районов обслуживания страховой компанией Kaiser на 2016 год: план медицинского страхования Kaiser Permanente Silver 1500/30 с франшизой 1500 долл. США или план Oregon's Health CO-OP SiMPLE Silver HSA Broad с франшизой 3500 долл. США.
- Для районов кроме районов обслуживания страховой компанией Kaiser на 2016 год: план медицинского страхования MODA Be Prepared Silver с франшизой 1550 долл. США или план Oregon's Health CO-OP SiMPLE Silver HSA Broad с франшизой 3500 долл. США.

Однако, если вы проживаете в районе обслуживания компанией Kaiser, но согласно почтовому индексу место вашего жительства находится более чем в 30 (тридцати) милях (около 50 км) от ближайшего медицинского учреждения Kaiser, вы можете выбрать одобренный Доверительным фондом план медицинского страхования от компании MODA, не теряя при этом права на льготы, описанные в разделе А.3 на стр. 13 данного буклета.

### Участники, проживающие в других штатах

- Для районов обслуживания страховой компанией Kaiser в штате Вашингтон с 2014

по 2016 год: план медицинского страхования Kaiser Silver 1500/30 НМО с франшизой 1500 долл. США.

- Для районов обслуживания, кроме районов обслуживания страховой компанией Kaiser в штате Вашингтон на 2014 и 2015 годы: план медицинского страхования Premera Blue Cross Preferred Silver с франшизой 2000 долл. США.
- Для районов обслуживания кроме районов обслуживания страховой компанией Kaiser в штате Вашингтон на 2016 год: планы медицинского страхования United Healthcare Silver Navigate 2000 или Silver Charter 2000.
- Для штата Калифорния на 2014 год: планы медицинского страхования Blue Shield of California Silver с франшизой 2000 долл. США.
- Для штата Калифорния на 2015 и 2016 годы: план медицинского страхования Anthem Blue Cross of California Silver 70 НМО с франшизой 2000 долл. США.
- Для штата Айдахо с 2014 по 2016 год: план медицинского страхования Pacific Source с франшизой 2500 долл. США.

## Регистрация вне периода открытой регистрации

Следующие правила применяются по отношению к тем Участникам, которые не зарегистрированы на одобренный Доверительным фондом план медицинского страхования через соответствующую Биржу, которые не имеют право на получение медицинского страхования из другого источника, как описано в абзаце В.2 на странице 13 данного буклета, и которые: а) впервые получают право участия в Дополнительном доверительном фонде для работников по уходу на дому штата Орегон (далее «Доверительный фонд») не во время периода открытой регистрации на соответствующей Бирже; или б) имели право на обеспечение, предоставляемое Фондом, и были зарегистрированы на участие в одобренном Доверительным фондом плане через Биржу в период открытой регистрации, но впоследствии действие их страхового покрытия по данному предлагаемому через Биржу плану было прекращено, и в данный момент они по-прежнему имеют право участия в Доверительном фонде.

1. Доверительный фонд по возможности окажет Участнику содействие в регистрации в качестве участника одобренного Фондом и прошедшего отбор плана медицинского страхования через подходящую Биржу и оплатит страховые платежи, требуемые для страхового покрытия Участника в соответствии с правилами Доверительного фонда.
2. Если включение Участника в одобренный Доверительным фондом прошедший отбор план медицинского страхования через подходящую Биржу является невозможным, и если Участник уже зарегистрирован в качестве участника индивидуального плана медицинского страхования через Биржу или другим способом, Доверительный фонд возместит Участнику стоимость ежемесячных

# Квалификационные критерии

страховых платежей за медицинское обслуживание в сумме, соответствующей фактической стоимости страховых платежей для Участника либо средней сумме страховых платежей, выплачиваемых Доверительным фондом от имени Участников, застрахованных по одобренному Доверительным фондом приобретенным через Биржу плану медицинского страхования (ту из этих сумм, которая будет меньше), по состоянию на март месяц того года, в котором Участник впервые получает право на предлагаемые Доверительным фондом льготы. Однако, если страховые платежи Участника в пользу медицинской страховой компании частично или полностью оплачиваются из другого источника помимо Доверительного фонда, Доверительный фонд вычитет суммы таких платежей из сумм, которые он возмещает Участнику согласно данному разделу.

3. Если включение Участника в одобренный Доверительным фондом прошедший отбор план медицинского страхования через соответствующую Биржу является невозможным, и если Участник не зарегистрирован в качестве участника другого индивидуального плана медицинского страхования, Доверительный фонд по возможности окажет Участнику содействие в непосредственной регистрации в индивидуальный план медицинского страхования и возместит участнику стоимость ежемесячных страховых платежей в сумме, соответствующей фактической стоимости страховых платежей для Участника либо средней сумме страховых платежей, выплачиваемых Доверительным фондом от имени Участников, застрахованных по одобренному Доверительным фондом прошедшему отбор плану медицинского страхования через соответствующую Биржу (ту из этих сумм, которая будет меньше), по состоянию на март месяц того года, в котором Участник впервые получает право на предлагаемые Доверительным фондом льготы. Однако, если страховые платежи Участника в пользу медицинской страховой компании частично или полностью оплачиваются из другого источника помимо Доверительного фонда, Доверительный фонд вычитет суммы таких платежей из сумм, которые он возмещает Участнику согласно данному разделу.

4. При первой же возможности Участник, получивший возмещение, равное средней сумме страхового платежа, описанное в абзацах 2 или 3 выше, должен будет зарегистрироваться в качестве участника одобренного Доверительным фондом прошедшего отбор плана медицинского страхования, распространяемого через соответствующую Биржу. Участник утратит право на получение возмещения, равного средней сумме страхового платежа на дату, начиная с которой Участник впервые получил бы право на медицинское страхование, предоставляемое одобренным Доверительным фондом прошедшим отбор планом медицинского страхования, при условии, что Участник зарегистрировался на получение такого страхового покрытия при первой возможности. Данная дата будет являться датой лишения права на получение компенсаций независимо от того, зарегистрировался ли Участник в качестве участника одобренного Доверительным фондом прошедшего отбор плана медицинского страхования или нет.

В каждом из вышеописанных случаев Доверительный фонд также оплачивает за Участника сумму франшизы, сумму участия в оплате медицинских услуг и стоимость страхования согласно правилам Доверительного фонда по отношению к страховым требованиям, принятым и обеспечиваемым по плану медицинского страхования Участника после того, как Участник получит право на предоставляемые Доверительным фондом льготы. Описанные выше льготы недоступны для тех Участников, которые имели право на получение предоставляемых Доверительным фондом льгот во время периода открытой регистрации, но по каким-то причинам не зарегистрировались в качестве участников поддерживаемого Доверительным фондом плана медицинского страхования.

**После того как начнется следующий период ОТКРЫТОЙ РЕГИСТРАЦИИ, вы должны будете зарегистрироваться в качестве участника, одобренного Доверительным фондом плана медицинского страхования для того, чтобы продолжать пользоваться льготами. Во избежание перерывов в действии страхового покрытия вам следует подать заявление о регистрации в качестве участника одобренного Доверительным фондом плана медицинского страхования сразу же, как только начнется следующий период открытой регистрации.**

# Информация о льготах

## Сводное описание льгот

Работники по уходу на дому или работники по персональному уходу, которые соответствуют квалификационным критериям, выдвигаемым Доверительным фондом, будут пользоваться льготами, перечисленными в пунктах А.1, А.2 и А.3 ниже, при условии выполнения требований пунктов В.1 и В.2 ниже. Работники по персональному уходу или работники по уходу на дому, которые соответствуют применяемым квалификационным критериям, выдвигаемым Доверительным фондом в отношении льгот на оплачиваемые отгулы, также будут пользоваться льготами, перечисленными в пунктах С.1 или С.2 на следующей странице в соответствии с конкретной ситуацией.

**А.1** Страхование услуг стоматолога, окулиста и программы помощи сотрудникам при содействии Льготного доверительного фонда, определенное Льготным доверительным фондом.

**А.2** Компенсация, выплачиваемая Дополнительным доверительным фондом Участникам, включенным в план медицинского страхования Medicare за: а) платежи, выплачиваемые согласно части В плана медицинского страхования Medicare, месячный размер которых не превышает 104,90 долл. США для всех Участников, имеющих от Medicare право на оплату платежей по данной ставке, и в сумме до 121,80 долл. США для всех других участников плана медицинского страхования Medicare, часть В; б) до 39 долл. США в месяц за 2014 год и до 41 долл. США в месяц за 2015 год по планам медицинского страхования Medicare Advantage, Medicare Supplemental или Medicare, часть D; и в) расходы на оплату сумм франшиз в размере до 2500 долл. США за календарный год по связанному с Medicare плану медицинского страхования за 2014 год; и начиная с 2015 года — сумму участия пациента в оплате за медицинские услуги и рецептурные лекарственные препараты, суммы франшиз и стоимость сострахования по отношению к страховым требованиям, покрываемым согласно вашему плану Medicare в максимальном размере до 3000 долл. США в год при условии наличия у вас прав на пользование предлагаемыми Доверительным фондом льготами на момент возникновения таких требований.

**А.3** Оплата Дополнительным доверительным фондом индивидуальных страховых платежей (за вычетом федеральных налоговых кредитов в счет страховых платежей, на которые вы имеете право) по планам медицинского страхования, на которые вы подписались через Биржу, предварительно выбрав его из списка выше, и компенсация расходов на оплату франшизы по такому плану за 2014 год. Начиная с 2015 года оплата из Дополнительного доверительного фонда индивидуальных страховых платежей (за вычетом федеральных налоговых кредитов в счет страховых платежей, на которые вы имеете право) по плану медицинского страхования, на который вы подписались через Биржу, предварительно выбрав его из списка на странице 11, и суммы участия пациента в оплате медицинских услуг и рецептурных лекарственных препаратов, суммы франшиз и стоимости сострахования по отношению к страховым требованиям, покрываемым согласно одобренному Доверительным фондом плану в максимальном размере до 3000 долл. США в год при условии наличия у вас права на пользование предлагаемыми Доверительным фондом льготами на момент возникновения таких требований. Для того чтобы получить право на оплату Доверительным фондом

ваших страховых платежей, вы должны применить всю сумму федерального налогового кредита, на который вы имеете право, для оплаты платежей по плану медицинского страхования, на который вы подписались через Биржу. Если сумма полученного вами авансового налогового кредита в счет страховых платежей больше, чем вы должны были получить из-за того, что вы указали заниженную сумму дохода вашей семьи и, в результате этого вы должны в конце года сделать корректирующий платеж в пользу Налогового управления США, вы можете получить право на возмещение суммы такого корректирующего платежа из Дополнительного доверительного фонда. Это возможно потому, что Дополнительный доверительный фонд мог бы в течение года оплатить большую сумму ваших страховых платежей, если бы знал, что вы имеете право на меньший авансовый налоговый кредит в счет страховых платежей. С дополнительной информацией можно ознакомиться на страницах 20 и 23 данного буклета.

**В.1** За участником сохраняется право на льготы, перечисленные в разделе А выше кроме случаев, когда количество отработанных участником часов за месяц по условиям профессиональной ассоциации сокращается до нуля в течение двух месяцев подряд. Вам будет предоставлена месячная отсрочка перед тем, как ваше право на получение льгот прекратит свое действие. Например, если количество отработанных Участником в декабре 2015 года и январе 2016 года часов равно нулю, Участник теряет право на получение льгот с 1 марта 2016 года. Также вы получите письмо с предупреждением по первого прошедшего месяца, в котором количество часов, отработанных по условиям профессиональной ассоциации, сократилось до нуля за месяц, и предварительное уведомление о прекращении правомочности по отношению к Доверительному фонду (-ам) по прошедшему второго месяца подряд, в котором количество часов, отработанных по условиям профессиональной ассоциации, останется равным нулю.

**В.2** Участник получит право пользования льготами, описанными в пункте А.2 или А.3 выше, только в тех в пределах, в которых Участник не обеспечен или не имеет права на обеспечение медицинским страховым покрытием или поддержкой в оплате страховых платежей из другого источника, со следующими исключениями: i) Участник, который имеет право на получение другого медицинского страхования, предоставляемого работодателем его супруги (ее супруга), и который не намерен использовать такой вид страхования, получит право пользования льготами, описанными в пункте А.2 и А.3; ii) Участник, который получает или имеет право на получение обеспечения, основанного на ветеранских льготах, которое не лишает Участника права на получение авансовой налоговой субсидии в счет страховых платежей, получит право пользования льготами, описанными в пункте А.2 и А.3; iii) Участник, который теряет право на получение авансовой налоговой субсидии в счет страховых платежей, так как он или она не ответил(-а) на запрос об информации или же не выполнил(-а) условия, необходимые для сохранения авансовой налоговой субсидии в счет страховых платежей, получит право пользования только поддержкой в оплате страховых платежей, которые оплачивались бы Доверительным фондом, если бы обеспечение через авансовую налоговую субсидию в счет страховых платежей не было прекращено.

# Информация о льготах

**В.3** Участник, получающий выплаты в рамках программы Independent Choices, не имеет права на получение льгот от Доверительного фонда на основании отработанных таким образом часов, поскольку почасовые отчисления в Доверительный фонд за такое рабочее время не производятся.

**С.1** Участник, работающий в качестве работника по персональному уходу либо работника по уходу на дому, работающего с повременной оплатой (или совмещающий эти два вида работы) и соответствующего квалификационным критериям на получение льгот на оплачиваемые отгулы, получает по 20 часов оплачиваемых отгулов каждый год, 1 февраля и 1 июля. Сумма льгот Участника на оплачиваемые отгулы будет рассчитана на основании его или ее начисленной ставки оплаты труда за первые 80 часов, отработанных во время соответствующего контрольного периода по условиям профессиональной ассоциации (например, октябрь, ноябрь и декабрь для получения пособия с 1 февраля; март, апрель и май для пособий, выплачиваемых с 1 июля). В целях определения права на получение льгот на оплачиваемые отгулы, часы, отработанные в качестве работника по персональному уходу и работника по уходу на дому, работающего с повременной оплатой, объединяются. Если Участник работает в качестве работника по круглосуточному уходу на дому, такой участник будет получать пособие согласно пункту С.2.

**С.2** Участник, работающий в качестве работника по круглосуточному уходу и соответствующий квалификационным критериям на получение льгот на оплачиваемые отгулы, имеет право на получение ежемесячных льгот на оплачиваемые отгулы на основании количества часов, отработанных по обеспечиваемому покрытию направлению деятельности в контрольном месяце (за два месяца до предполагаемой выплаты). Ставки, по которым начисляется пособие, перечислены на стр. 8. Если Участник выполняет работы, являясь одновременно работником по круглосуточному уходу, а также работником по уходу на дому, работающим с повременной оплатой, либо работником по персональному уходу, такой Участник будет получать льготы на оплачиваемые отгулы исключительно как работник по круглосуточному уходу.

## Общая информация

### Оплата страховых платежей и самостоятельно оплачиваемых расходов

Начиная с 2014 года оплата страховых платежей, осуществляемая Дополнительным доверительным фондом, будет поступать непосредственно на счет страховой компании во всех случаях, когда это будет возможно. Однако по крайней мере на протяжении 2014 года Дополнительный доверительный фонд будет напрямую выплачивать Участникам компенсацию за соответствующие уплаченные ими суммы франшиз после получения и обработки заявлений о выплате компенсаций от Участников.

Начиная с 2015 года Дополнительный доверительный фонд будет выдавать участникам удобные льготные карты Benefit Convenience Card, на которые уже будут переведены сумма, необходимая для уплаты страховых платежей за каждый месяц, и максимальная предоставляемая Доверительным фондом сумма (3000 долл. США) для оплаты сумм франшиз,

взаимных платежей и стоимости сострахования, относящихся к льготам и услугам, предоставляемым вам согласно одобренному Доверительным фондом плану медицинского страхования. Вы сможете воспользоваться удобной льготной картой в кабинете вашего врача, в аптеке и в другом месте предоставления услуг здравоохранения для оплаты любых причитающихся с вас сумм франшиз, взаимных платежей и расходов в связи со сострахованием, связанных с услугами, обеспеченными страховым покрытием согласно вашему одобренному Доверительным фондом плану медицинского страхования. Обязательно сохраняйте расшифровку выплат (EOB), касающиеся всех расходов, оплаченных при помощи удобной льготной карты, потому что от вас потребуются предоставить Доверительному фонду доказательства того, что данные расходы обеспечиваются покрытием согласно правилам Доверительного фонда. Не используйте карту для оплаты каких-либо расходов, не обеспечиваемых покрытием согласно одобренному Доверительным фондом плану медицинского страхования, включая любые расходы, относящиеся к другому лицу, а не к Участнику, которому была выдана карта. Вы не можете использовать удобную льготную карту для оплаты стоматологических услуг, услуг окулиста и льготных услуг или расходов по программе помощи сотрудникам.

### Страховое покрытие, предоставляемое в рамках плана медицинского страхования супруга (супруги)

Если Участнику, соответствующему квалификационным требованиям Дополнительного доверительного фонда, предлагается воспользоваться медицинским страхованием, предоставляемым работодателем супруга (супруги), но Участник решает не регистрироваться на такое страхование, то Участник сохраняет право на получение страхового покрытия через Доверительный фонд, но может лишиться права на федеральные налоговые кредиты в счет страховых платежей. В таких случаях Дополнительный доверительный фонд оплачивает полную сумму страховых платежей Участника по плану медицинского страхования, подписка на который была осуществлена через Биржу. Участник, решивший воспользоваться страховым покрытием супруга (супруги), по-прежнему сохраняет право на получение страховых льгот на стоматологические услуги, услуги окулиста и льготы программы помощи сотрудникам от Льготного доверительного фонда и на льготы на оплачиваемые отгулы от Льготного доверительного фонда или Дополнительного доверительного фонда, в зависимости от ситуации, при условии, что Участник соответствует квалификационным требованиям, выдвигаемым к получателю таких льгот, но при этом Участник утрачивает право на любое другое покрытие от Дополнительного доверительного фонда.

### Супруги, подающие налоговую декларацию отдельно друг от друга

Как правило, Участник, состоящий в браке, но подающий декларацию о налоге на прибыль отдельно от супруга (супруги) вместо общей налоговой декларации, не может получить федеральный налоговый кредит в счет страховых платежей за медицинскую страховку, приобретенную через Биржу, кроме исключений, предусмотренных

действующим законодательством. Если такой Участник имеет право на участие в Дополнительном доверительном фонде, Дополнительный доверительный фонд полностью оплатит его или ее страховые платежи по плану медицинского страхования, приобретенному через Биржу.

#### **Работники, не имеющие документов**

Согласно Закону «О доступном здравоохранении», Участники, являющиеся иммигрантами и не имеющие соответствующих документов, не имеют права на приобретение медицинской страховки через Биржу. Соответственно такие Участники не имеют права на получение льгот согласно пунктам А.2 или А.3, но имеют право на получение льгот согласно пунктам А.1, С.1 и С.2, если участник соответствует квалификационным критериям Доверительного фонда. См. дополнительную информацию на стр. 13–15.

#### **Иммигранты, находящиеся в США на основании законного статуса резидента менее 5 лет**

Участники, находящиеся в США на основании законного статуса резидента менее 5 лет, не имеют права пользования планами медицинского

страхования Medicaid/ОНР, но имеют право на федеральные налоговые кредиты и субсидии для долевого участия в расходах, связанных с страховым покрытием, приобретенным через Биржу. Такие Участники должны подписаться через Биржу на план медицинского страхования, описанный выше. Данные Участники будут иметь право на оплату их страховых платежей и на компенсацию сумм франшиз за 2014 год, а начиная с 2015 года — страховых платежей и сумм участия пациента в оплате медицинских услуг и рецептурных лекарственных препаратов, сумм франшиз и стоимости сострахования по отношению к страховым требованиям, покрываемым согласно одобренному Доверительным фондом плану медицинского страхования в соответствии с пунктами А.2 и А.3, а также на другие льготы, предоставляемые через Льготный доверительный фонд согласно пункту А.1 на стр. 13 при условии соответствия Участников квалификационным требованиям Доверительных фондов.

**Обратитесь к разделу ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДОВЕРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД данного буклета для получения информации о доступных вам вариантах медицинского страхования.**



# Информация о льготах

## Дополнительный доверительный фонд



### Медицинское страхование, приобретаемое через Биржу

За тех Участников, которые пользуются медицинским страхованием, действие которого распространяется только на одно лицо в рамках одобренного Доверительным фондом плана медицинского страхования, приобретенного через соответствующую Биржу, Дополнительный доверительный фонд выплатит сумму, на которую страховой платеж превышает федеральный налоговый кредит, а в случае отсутствия налогового кредита — всю сумму страхового платежа. Например, если вы имеете право на ежемесячный федеральный налоговый кредит в сумме 500 долл. США, а общая сумма страхового платежа по вашему одобренному Доверительным фондом плану медицинского страхования составляет 1000 долл. США, то Дополнительный доверительный фонд предоставит вам помощь в оплате 500 долл. США из суммы данного платежа, при этом будет применен весь ваш налоговый кредит и вам ничего не нужно будет платить самому. Если, тем не менее, ваше страховое покрытие включает членов семьи, Дополнительный доверительный фонд покроет только ту часть страхового платежа, которая соответствует лично вашему страховому покрытию после применения федерального налогового кредита. С более подробной информацией о льготах, предоставляемых Доверительным фондом участникам планов медицинского страхования, регистрация на которые осуществлена через Биржу, можно ознакомиться на стр. 17.

### Medicare

При условии наличия у вас соответствующих прав Дополнительный доверительный фонд возместит стоимость ваших страховых платежей по плану медицинского страхования Medicare, часть B, в сумме до 104,90 долл. США в месяц всем Участникам, получившим право от Medicare на оплату платежей по данной ставке, и в сумме до 121,80 долл. США для всех других Участников плана медицинского страхования Medicare, часть B. Кроме того, Дополнительный доверительный фонд возместит до 39,00 долл. США за 2014 год и начиная с 2015 года — до 41,00 долл. США из сумм месячных премий выбранного вами страхового плана Medicare Advantage или Medicare Supplemental. Если вашими планами медицинского страхования Supplemental или Advantage предусмотрена франшиза, вы имеете право на финансовую помощь в сумме до 2500 долл. США за 2014 год. В 2015 году вы имеете право на финансовую помощь в сумме до 3000 долл. США на медицинские услуги и рецептурные лекарственные препараты, возмещение расходов на франшизы и сострахование по отношению к страховым требованиям, покрываемым согласно вашему плану медицинского страхования Medicare.

Для получения от Дополнительного доверительного фонда финансовой помощи по отношению к данным расходам, вам потребуется приложить к заполненной форме заявления на возмещение средств копии документов, подтверждающих ваши затраты на оплату страховых платежей, и предоставить данную форму в администрацию Доверительного фонда. Для получения возмещения страховых платежей, уплаченных в рамках плана медицинского страхования Medicare, часть B, вам нужно будет предоставить данную информацию всего один раз,

но вам придется предоставлять такую информацию ежегодно для того, чтобы продолжать получать компенсации за другие связанные с Medicare расходы, описанные выше. Доверительный фонд будет ежемесячно проверять количество отработанных вами часов, перед тем как выплатить компенсацию.

В 2014 году может использоваться та же форма запроса на возмещение сумм франшиз, оплата которых от вас требуется согласно плану Medicare. Если вам были предоставлены услуги здравоохранения и вы получили расшифровку выплат (EOB), в которой указаны подлежащие оплате суммы вашей франшизы Medicare за 2014 год, просто предоставьте копию расшифровки льгот вместе с заполненной формой запроса на возмещение средств в администрацию Доверительного фонда.

Начиная с 2015 года вы получите удобную льготную карту Benefit Convenience Card, которую сможете использовать для доплаты за медицинские услуги и рецептурные лекарственные препараты, оплаты расходов на франшизы и сострахование по отношению к страховым требованиям, обеспеченным вашим планом Medicare, в сумме до 3000 долл. США в год, при условии наличия у вас права на пользование предлагаемыми Доверительным фондом льготами на момент возникновения таких требований.

От вас могут потребовать предоставить доказательства ваших расходов, поэтому сохраняйте расшифровку выплат (EOB) и все рецепты (особенно рецепты на препараты, которые отпускаются только по рецепту, поскольку затраты на рецептурные препараты не отображаются в расшифровках, выдаваемых вашей страховой компанией).

## Медицинские страховки, приобретаемые через Биржу

Дополнительный доверительный фонд помогает имеющим соответствующее право Участникам оплачивать страховые платежи в рамках индивидуального медицинского страхования по одобренному Доверительным фондом плану медицинского страхования, приобретенному через соответствующую Биржу.

Ознакомьтесь с информацией о том, как получить право на пользование предоставляемыми Доверительным фондом льготами в разделе «Квалификационные критерии» данного буклета.

Для того чтобы предоставить вам льготы, Доверительному фонду необходимо знать ваше имя и фамилию, пол, номер социального страхования, дату рождения и фактический адрес проживания. Если ваши фактические данные не соответствуют данным, имеющимся у властей штата, вам необходимо будет их обновить. Также вы можете позвонить в администрацию Доверительного фонда по номеру 1-844-507-7554 и выбрать вариант 3, а затем вариант 2.

## Штат Орегон

На 2014 год Доверительными фондами в штате Орегон одобрены следующие планы медицинского страхования: Kaiser Permanente Silver с франшизой 1500 долл. США (в случае вашего проживания в районе обслуживания компанией Kaiser) и Moda Be Prepared Silver с франшизой 1000 долл. США (в случае вашего проживания за пределами района обслуживания компанией Kaiser). На 2015 год Доверительными фондами в штате Орегон одобрены следующие планы медицинского страхования: Oregon CO-OP Simple Broad HSA Silver с франшизой 3000 долл. США, Kaiser Permanente Silver с франшизой 1500 долл. США (в случае вашего проживания в районе обслуживания компанией Kaiser) и Moda Be Prepared Silver с франшизой 1150 долл. США (в случае вашего проживания за пределами района обслуживания компанией Kaiser). На 2016 год Доверительными фондами в штате Орегон одобрены следующие планы медицинского страхования: Oregon's Health CO-OP SIMPLE Silver HSA Broad с франшизой 3500 долл. США, Kaiser Permanente Silver 1500/30 НМО с франшизой 1500 долл. США (в случае вашего проживания в районе обслуживания компанией Kaiser) и Moda Be Prepared Silver с франшизой 1550 долл. США (в случае вашего проживания за пределами района обслуживания компанией Kaiser).

Однако, если вы проживаете в районе обслуживания компанией Kaiser, но согласно почтовому индексу место вашего жительства находится более чем в 30 (тридцати) милях (около 50 км) от ближайшего медицинского учреждения Kaiser, вы можете выбрать следующие планы медицинского страхования: Moda Be Prepared Silver с франшизой 1000 долл. США на 2014 год, Moda Be Prepared Silver с франшизой 1150 долл. США на 2015 год или Moda Be Prepared Silver с франшизой 1550 долл. США на 2016 год. Фонд оплатит часть страхового платежа, соответствующую вашему индивидуальному страховому покрытию по одному из данных планов, при обязательном условии, что вы примените полную сумму доступного вам федерального налогового кредита в счет страховых платежей при оплате платежей по плану.

- Если вы подписались на план медицинского страхования для одного лица, Доверительный фонд произведет выплаты за 2014 год непосредственно компаниям Kaiser или Moda. Если вы получили счет на оплату страхового платежа от компаний Kaiser или Moda и вы зарегистрированы на получение льгот от Дополнительного доверительного фонда, свяжитесь с администрацией Доверительного фонда и сообщите о том, что вы получили счет, и Доверительный фонд выплатит страховой платеж непосредственно компании Kaiser или Moda от вашего имени.
- Если вы подписались на план медицинского страхования только для себя лично, начиная с 2015 года вы получите инструкции по оплате счета в первичном комплекте документации от страховой компании. Для оплаты страхового платежа за первый месяц вы получите от Доверительного фонда чек для обналичивания и использования средств для оплаты непосредственно вашей страховой компании.

# Информация о льготах

## Дополнительный доверительный фонд (продолжение)

После получения вами удобной льготной карты вы будете платить страховой компании при помощи данной карты до тех пор, пока будете пользоваться правом получения льгот. В вашем первичном комплекте документации от страховой компании вы также получите информацию о том, как настроить ваш карточный счет удобной льготной карты для автоматического выполнения платежей в адрес вашей страховой компании.

- Если вы подписались на страховое покрытие для себя и членов вашей семьи, вам следует оплачивать ваши счета на оплату страховых платежей непосредственно страховой компании, а Доверительный фонд возместит вам только ту часть платежа, которая соответствует лично вашему страховому покрытию. Оплатите счет, а затем предоставьте копию счета и подтверждение оплаты в администрацию Доверительного фонда вместе с формой запроса на возмещение средств.

Помимо страхового платежа Доверительный фонд компенсирует следующие расходы.

- За 2014 год: сумму абсолютной франшизы, уплаченной в связи со страховыми требованиями по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования, затраты на сострахование сверх 50 долл. США за рецептурные препараты, обеспеченные покрытием по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования вплоть до общей максимальной суммы в 2500 долл. США.
- Начиная с 2015 года: ваши затраты на медицинские услуги и рецептурные лекарственные препараты, возмещение сумм франшиз и стоимость сострахования по отношению к страховым требованиям, покрываемым по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования вплоть до общей максимальной суммы в 3000 долл. США. В расшифровке выплат, которую вы получите от компаний Kaiser, Moda или Oregon's CO-OP, вы найдете перечень начисленных сумм франшиз, связанных с внутрисетевыми услугами.

### Штат Вашингтон

Одобрены Доверительным фондом на 2014 и 2015 годы планы медицинского страхования: Kaiser Permanente Silver с франшизой 1500 долл. США (если вы проживаете в районе обслуживания компанией Kaiser) и Premera Blue Cross Preferred Silver с франшизой 2000 долл. США (если вы проживаете за пределами района обслуживания компанией Kaiser).

Одобрены Доверительным фондом на 2016 год планы медицинского страхования: Kaiser Permanente Silver 1500/30 НМО с франшизой 1500 долл. США (если вы проживаете в районе обслуживания компанией Kaiser) и United Healthcare Silver Navigate или Silver Charter, оба плана с франшизой 2000 долл. США (если вы проживаете за пределами района обслуживания компанией Kaiser).

Начиная с 2015 года Доверительный фонд будет пополнять вашу удобную льготную карту, чтобы вы могли оплачивать ваши индивидуальные страховые платежи, при обязательном условии, что вы примените полную сумму доступного вам федерального налогового кредита в счет страховых платежей при оплате платежей по плану. Для оплаты страхового платежа за первый месяц вы получите от Доверительного фонда чек для обналичивания и использования средств для оплаты непосредственно вашей страховой компании. После получения вами удобной льготной карты вы будете платить страховой компании при помощи данной карты до тех пор, пока будете пользоваться правом получения льгот. В вашем первичном комплекте документации от страховой компании вы также получите информацию о том, как настроить ваш карточный счет удобной льготной карты для автоматического выполнения платежей в адрес вашей страховой компании.

Помимо страхового платежа Доверительный фонд компенсирует следующие расходы.

- За 2014 год: сумму абсолютной франшизы, уплаченной в связи со страховыми требованиями по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования, затраты на сострахование сверх 50 долл. США за рецептурные препараты, обеспеченные покрытием по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования вплоть до общей максимальной суммы в 2500 долл. США.
- Начиная с 2015 года: ваши затраты на медицинские услуги и рецептурные лекарственные препараты, возмещение сумм франшиз и стоимость сострахования по отношению к страховым требованиям, покрываемым по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования вплоть до общей максимальной суммы в 3000 долл. США. В расшифровке выплат, которую вы получите от компаний Kaiser или Premera Blue Cross в 2015 году и от Kaiser или United Healthcare в 2016 году, вы найдете перечень начисленных сумм франшиз, связанных с внутрисетевыми услугами.

## Штат Айдахо

С 2014 по 2016 год одобренным Доверительным фондом планом медицинского страхования для штата Айдахо является Pacific Source BrightIdea Balance Silver HMO с франшизой 2500 долл. США. Начиная с 2015 года Доверительный фонд обеспечит вас удобной льготной картой, чтобы вы могли оплачивать ваши личные страховые платежи, при обязательном условии, что вы примените полную сумму доступного вам федерального налогового кредита в счет страховых платежей при оплате платежей по плану. Для оплаты страхового платежа за первый месяц вы получите от Доверительного фонда чек для обналичивания и использования средств для оплаты непосредственно вашей страховой компании. После получения вами удобной льготной карты вы будете платить страховой компании при помощи данной карты до тех пор, пока будете пользоваться правом получения льгот. В вашем первичном комплекте документации от страховой компании вы также получите информацию о том, как настроить ваш карточный счет удобной льготной карты для автоматического выполнения платежей в адрес вашей страховой компании.

Помимо страхового платежа Доверительный фонд компенсирует следующие расходы.

- За 2014 год: сумму абсолютной франшизы, уплаченной в связи со страховыми требованиями по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования, затраты на сострахование сверх 50 долл. США за рецептурные препараты, обеспеченные покрытием по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования вплоть до общей максимальной суммы в 2500 долл. США.
- Начиная с 2015 года: ваши затраты на медицинские услуги и рецептурные лекарственные препараты, возмещение сумм франшиз и стоимость сострахования по отношению к страховым требованиям, покрываемым по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования вплоть до общей максимальной суммы в 3000 долл. США. В расшифровке льгот, которую вы получите от компании Pacific Source, вы найдете перечень начисленных сумм франшиз, связанных с внутрисетевыми услугами.

## Штат Калифорния

Одобренным Доверительным фондом планом медицинского страхования на 2014 год для штата Калифорния является Blue Shield of California Silver с франшизой 2000 долл. США. Одобренным Доверительным фондом планом медицинского страхования для штата Калифорния на 2015 и 2016 годы является Anthem Blue Cross of California Silver 70 HMO с франшизой 2000 долл. США. Начиная с 2015 года Доверительный фонд обеспечит вас удобной льготной картой, чтобы вы могли оплачивать ваши личные страховые платежи, при обязательном условии, что вы примените полную сумму доступного вам федерального налогового кредита в счет страховых платежей при оплате платежей по плану. Для оплаты страхового платежа за первый месяц вы получите от Доверительного фонда чек для обналичивания и использования средств для оплаты непосредственно вашей страховой компании. После получения вами удобной льготной карты вы будете платить страховой компании при помощи данной карты до тех пор, пока будете пользоваться правом получения льгот. В вашем первичном комплекте документации от страховой компании вы также получите информацию о том, как настроить ваш карточный счет удобной льготной карты для автоматического выполнения платежей в адрес вашей страховой компании.

Помимо страхового платежа Доверительный фонд компенсирует следующие расходы.

- За 2014 год: сумму абсолютной франшизы, уплаченной в связи со страховыми требованиями по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования, затраты на сострахование сверх 50 долл. США за рецептурные препараты, обеспеченные покрытием по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования вплоть до общей максимальной суммы в 2500 долл. США.
- Начиная с 2015 года: ваши затраты на медицинские услуги и рецептурные лекарственные препараты, возмещение сумм франшиз и стоимость сострахования по отношению к страховым требованиям, покрываемым по одобренному Доверительным фондом и приобретенному через Биржу плану медицинского страхования вплоть до общей максимальной суммы в 3000 долл. США. В расшифровке выплат, которую вы получите от компании Anthem Blue Cross of California, вы найдете перечень начисленных сумм франшиз, связанных с внутрисетевыми услугами.

### Пример обеспечения стоимости рецептурных препаратов за 2014 год

Если вам выписаны рецепты со следующей стоимостью лекарственных препаратов: 60 долл. США по первому рецепту, 250 долл. США по второму рецепту и 10 долл. США по третьему рецепту, вы можете потребовать возмещения 10 долл. США за первый рецепт, 200 долл. США за второй и 0 долл. США за третий.

# Информация о льготах

## Дополнительный доверительный фонд (продолжение)

### Какие затраты не обеспечиваются Доверительным фондом?

В следующих примерах показаны затраты, которые не финансируются Дополнительным доверительным фондом. Вы несете ответственность за их самостоятельную оплату.

- Затраты, относящиеся к услугам, препаратам и материалам, не покрываемым Medicare или вашим одобренным Доверительным фондом планом медицинского страхования, приобретенным через Биржу.
- Суммы совместных платежей и совместных расходов на страхование и франшизы сверх лимита компенсации Доверительного фонда на возмещение самостоятельно оплачиваемых пациентом расходов в сумме 3000 долл. США.

### Какие затраты обеспечиваются Доверительным фондом?

Доверительный фонд компенсирует	Kaiser, MODA, Oregon's CO-OP, Pacific Source, Premera Blue Cross, Anthem Blue Cross of California 2015 и Kaiser, MODA, Oregon's CO-OP Pacific Source, United Healthcare, Anthem Blue Cross of California 2016
Ежемесячные страховые платежи (в сумме, на которую страховой платеж превышает федеральный налоговый кредит, а в случае отсутствия налогового кредита — страховые платежи в полном объеме.)	100 %
Франшиза	До максимальной суммы 3000 долл. США за совместные платежи за медицинские услуги и рецептурные препараты, расходы на оплату франшиз и расходы по совместному страхованию
Стоимость рецептурных препаратов по любому рецепту сверх 50 долл. США за рецепт	До максимальной суммы 3000 долл. США за совместные платежи за медицинские услуги и рецептурные препараты, расходы на оплату франшиз и расходы по совместному страхованию
Совместные платежи	Максимум до 3000 долл. США
Совместное страхование	Максимум до 3000 долл. США
Доверительный фонд не компенсирует	
Затраты на членов семьи	Не финансируются
Затраты на услуги стоматолога, окулиста и затраты на программу поддержки сотрудников	Не финансируются

### Корректировочная компенсация за авансовый налоговый кредит в счет страховых платежей

Многие из Участников Дополнительного доверительного фонда получают авансовые налоговые кредиты в счет страховых платежей (далее «Налоговый кредит») от федерального правительства, которые используются для погашения части ежемесячных платежей Участников в рамках планов медицинского страхования. Поскольку сумма налогового кредита рассчитывается на основании ориентировочной суммы годового дохода вашей семьи, от вас могут потребовать вернуть излишек федеральному правительству, если вы получили слишком много налогового кредита на протяжении года. Если федеральное правительство уведомит вас, что вам следует вернуть часть полученного вами налогового кредита, и при этом вашей вины в переплате нет, обратитесь в администрацию Доверительного фонда, поскольку вы можете обладать правом на получение от Дополнительного доверительного фонда средств в размере, достаточном для покрытия всей суммы возврата излишка налогового кредита или его

части. Ни при каких обстоятельствах вы не будете иметь права на компенсацию суммы, превышающей стоимость страховых платежей, которую Дополнительный доверительный фонд уплатил бы, если бы ваш авансовый налоговый кредит в счет страховых платежей был бы рассчитан точно.

Возможным также является получение вами компенсации от федерального правительства в конце года в случае, если фактический годовой доход вашей семьи был меньше, чем вы ориентировочно определили. Если вы получаете возмещение от федерального правительства по данной причине, вы должны будете выплатить такую возмещенную вам сумму Доверительному фонду. Это та сумма, которую Доверительный фонд переплатил вашей страховой компании на протяжении года, поскольку сумма годового дохода вашей семьи была определена вами неверно. Вы обязаны немедленно обратиться в администрацию Доверительного фонда в случае получения вами возмещения налога в связи с суммой вашего авансового налогового кредита в счет страховых платежей.

# Информация о льготах

## Льготный доверительный фонд

Льготный доверительный фонд обеспечивает правомочных Участников доступными застрахованными стоматологическими услугами, услугами окулиста и льготами программы помощи сотрудникам без необходимости самостоятельной оплаты пациентом ежемесячных страховых платежей. Став Участником, имеющим право на пользование услугами Доверительного фонда, вы автоматически будете зарегистрированы в качестве получателя льготных стоматологических услуг, услуг окулиста и льгот программы помощи сотрудникам, предлагаемых Льготным доверительным фондом. Льготный доверительный фонд также предоставляет льготы на оплачиваемые отгулы правомочным работникам по персональному уходу и работникам по круглосуточному уходу.

Ознакомьтесь с информацией о том, как получить право на пользование предоставляемыми Доверительным фондом льготами в разделе «Квалификационные критерии» на стр. 6 данного буклета.

Для того чтобы предоставить вам льготы, администрации Доверительного фонда необходимо знать ваше имя и фамилию, пол, номер социального страхования, дату рождения и фактический адрес проживания. Если ваши фактические данные не соответствуют данным, имеющимся у властей штата, вам необходимо будет их обновить. Также вы можете позвонить в администрацию Доверительного фонда по номеру 1-844-507-7554 и выбрав вариант 3, а затем вариант 2. Если администрация Доверительного фонда не будет обладать информацией, необходимой для вашей регистрации на получение льгот, вам будет выслана форма регистрации на получение льготных стоматологических услуг, услуг окулиста и льгот программы помощи сотрудникам.

После того как вы регистрируетесь, страховая компания Kaiser вышлет вам карту стоматологического страхования, компания Ameritas вышлет вам карту офтальмологического страхования, а администрация плана медицинского страхования Reliant Behavioral Health вышлет вам информационный листок о ваших льготах программы помощи сотрудникам.

Если у вас возникли вопросы по предоставляемым льготам или если у вас возникли проблемы с регистрацией, позвоните по телефону администрации Доверительного фонда 1-844-507-7554, выберите вариант 3, затем вариант 2.

Если вы не желаете пользоваться льготами на услуги стоматолога, окулиста и программой поддержки сотрудников, которые предоставляет Льготный доверительный фонд, вы можете отказаться от данных возможностей, подав форму отказа через веб-сайт Доверительного фонда: [ORHomecareTrust.org/resources](http://ORHomecareTrust.org/resources). Вы также можете заказать формы отказа, позвонив в администрацию Доверительного фонда по номеру 1-844-507-7554.

## Льготные стоматологические услуги

### Сводная информация о льготных стоматологических услугах

- Обеспечиваемые Доверительным фондом льготы на стоматологические услуги предоставляются страховой компанией Kaiser.
- В льготные стоматологические услуги включена бесплатная ежегодная очистка зубов от зубного камня.
- Другие стоматологические услуги предоставляются на основе сострахования: это означает, что вам потребуется оплатить часть стоимости услуг.

### Как воспользоваться льготными стоматологическими услугами

- Вы получите по почте карту стоматологического страхования от страховой компании Kaiser.
- Если вы проживаете в районе обслуживания компанией Kaiser, вам следует обращаться в стоматологическую клинику Kaiser.
- Если вы проживаете за пределами района обслуживания компанией Kaiser, вы можете обращаться к любому стоматологу, имеющему договор с Kaiser. Если ваш лечащий врач-стоматолог в данный момент не имеет договора с компанией Kaiser, вы можете попросить его заключить такой договор.
- Если вы будете обслуживаться у стоматолога, не имеющего договора с Kaiser, ваши затраты будут выше.
- Перед тем, как воспользоваться услугами вашего лечащего врача-стоматолога, проверьте наличие у него договора с Kaiser.
- Посетите веб-сайт по ссылке [ORHomecareTrust.org/resources/#dental](http://ORHomecareTrust.org/resources/#dental) или позвоните в кабинет стоматологического обслуживания компании Kaiser по номеру 1-503-286-6868 в районе Портленда, 1-503-370-4311 в Сейлеме или 1-866-498-7912 за пределами районов Портленда и Сейлема для получения дополнительной информации о льготных стоматологических услугах.

Если у вас возникли вопросы по предоставляемым льготам или если у вас возникли проблемы с регистрацией, позвоните по телефону администрации Доверительного фонда 1-844-507-7554, выберите вариант 3, затем вариант 2.

# Информация о льготах

## Льготный доверительный фонд

### Льготные услуги окулиста

#### Сводное описание льготных услуг окулиста

- Обеспечиваемые Доверительным фондом льготные услуги окулиста предоставляются медицинской страховой компанией Ameritas через план страхования Vision Perfect.
- Вы имеете право на проверку зрения один раз в два года, при этом максимальная сумма возмещения составляет 90 долл. США. Если проверка вашего зрения стоит больше, чем 90 долл. США, вы должны будете оплатить любые дополнительные затраты, поэтому, перед тем как воспользоваться данной услугой, узнайте стоимость услуг по проверке зрения.
- Начиная с 1 января 2016 года вы раз в два года имеете право на возмещение стоимости материалов, к которым относятся очки или контактные линзы, на максимальную сумму до 450 долл. США.
- Начиная с 1 января 2016 года вы раз в два года имеете право на льготную услугу по лазерной коррекции зрения (оба глаза) в сумме до 350 долл. США в первый год, до 350 долл. США на второй год и до 700 долл. США на третий.
- Начиная с 1 января 2016 года вы имеете право на льготное обслуживание у отоларинголога (оба уха), заключающееся в возмещении стоимости материалов в сумме до 200 долл. США в первый год, до 600 долл. США во второй год и до 800 долл. США в третий. Также предоставляется льгота для проверки слуха на сумму 75 долл. США и поддерживающей терапии на сумму 40 долл. США.

#### Как воспользоваться льготными услугами окулиста

- Карту на услуги окулиста компании Ameritas вы получите по почте.
- Вы можете прийти на осмотр к любому окулисту или офтальмологу и подобрать очки или контактные линзы, в зависимости от того, что вам больше нравится.
- Если компания, предоставляющая услуги окулиста, напрямую не выставляет счет в Ameritas, вам придется оплатить эти услуги авансом, а затем подать форму запроса на возмещение расходов Ameritas, которую можно загрузить на веб-сайте Доверительного фонда [ORHomecareTrust.org/resources/#vision](http://ORHomecareTrust.org/resources/#vision) или получить, позвонив по телефону Ameritas 1-877-647-6683.

- Чтобы получить дополнительные сведения о льготах на услуги окулиста, посетите веб-сайт [ORHomecareTrust.org/resources/#vision](http://ORHomecareTrust.org/resources/#vision) или позвоните по телефону Ameritas 1-877-647-6683.

Если у вас возникли вопросы по предоставляемым льготам или если у вас возникли проблемы с регистрацией, позвоните по телефону администрации Доверительного фонда 1-844-507-7554, выберите вариант 3, затем вариант 2.

## Льготы по программе помощи сотрудникам (EAP)

#### Краткое описание льгот по программе EAP

- Льготы Доверительного фонда по программе помощи сотрудникам предоставляются центром Reliant Behavioral Health.
- Благодаря льготам по программе помощи сотрудникам вы можете воспользоваться консультациями по критическим и некритическим ситуациям. Вы также можете получить консультацию по финансовым вопросам, помощь в составлении завещания, помощь в решении вопросов, связанных с хищением персональных данных, а также скидку на юридические услуги.

#### Как воспользоваться льготами программы EAP

Вы можете получить доступ к услугам, посетив веб-сайт [myrbh.com](http://myrbh.com) или позвонив по телефону 1-866-750-1327. Ваш код доступа: OHWBТ.

## Льготы на оплачиваемые отгулы

Краткое описание льгот на оплачиваемые отгулы

- Льготы на оплачиваемые отгулы предоставляются работникам по персональному уходу, работникам по круглосуточному уходу на дому и работникам по уходу на дому, работающим с повременной оплатой, которые соответствуют требованиям, описанным в этом буклете. Льготы на оплачиваемые отгулы для работников по персональному уходу и работников по круглосуточному уходу на дому выплачиваются непосредственно из Льготного доверительного фонда. Льготы на оплачиваемые отгулы работникам по уходу на дому, работающим с повременной оплатой, выплачиваются непосредственно из Дополнительного доверительного фонда. На странице 6 данного буклета приведена дополнительная информация о льготах на оплачиваемые отгулы, предоставляемые Доверительными фондами.

# Формы

## Возмещение от Дополнительного доверительного фонда

Чтобы получить возмещение от Дополнительного доверительного фонда, необходимо подать форму запроса на возмещение расходов и вспомогательные документы в администрацию Доверительного фонда. Если вместе с формой вы не предоставите указанные документы, возмещение не будет начислено. С дополнительной информацией об условиях получения возмещения расходов можно ознакомиться на странице 13.

Возмещению подлежат следующие виды расходов.

- Франшизы по программе Medicare, доплаты и расходы на совместное страхование (в 2014 году до 2500 долл. США только на франшизы, а начиная с 2015 года — до 3000 долл. США, необходимо приложить расшифровку выплат по программе Medicare с помощью формы запроса на возмещение расходов Ameriflex).
- Страховой платеж по плану Medicare Supplemental или Prescription (ежемесячно до 39 долл. США в 2014 году и до 41 долл. США, начиная с 2015 года, необходимо приложить счет и квитанцию с помощью формы запроса на возмещение расходов Доверительного фонда).
- Страховой платеж по плану Medicare Premium, часть В (ежемесячно до 104,90 или 121,80 долл. США, в зависимости от ваших прав, необходимо приложить счет и квитанцию с помощью формы запроса на возмещение расходов Доверительного фонда).
- Страховой платеж Бирже (ежемесячно, необходимо приложить счет и квитанцию с помощью формы запроса на возмещение расходов Доверительного фонда).
- Расходы на медицинское страхование (в 2014 году до 2500 долл. США на франшизу и рецептурные препараты на сумму более 50 долл. США. Начиная с 2015 года максимальная сумма возмещения франшизы, доплат, совместного страхования и рецептурных препаратов составляет 3000 долл. США в год. Необходимо приложить расшифровку льгот (EOB) страховой компании с помощью формы запроса на возмещение расходов Ameriflex).
- Корректировочная компенсация за авансовый налоговый кредит в счет страховых взносов (обязательно приложите форму 1095, форму 1040 и форму 8962 с помощью формы запроса на возмещение расходов для регулирования страхового взноса).

Форму запроса на возмещение расходов Доверительного фонда можно скачать с веб-сайта [ORHomecareTrust.org/reimbursement](http://ORHomecareTrust.org/reimbursement).

Вы можете распечатать и заполнить необходимые формы, а затем отправить их в Доверительный фонд по почте или факсу (вместе с подтверждающими документами):

Доверительный фонд работников по уходу на дому штата Орегон

**Почтовый адрес:**

PO Box 6,  
Mukilteo, WA 98275.

**Телефон:** 1-844-507-7554, доп. 3, затем 2.

**Эл. почта:** [ONCWT@BSITPA.com](mailto:ONCWT@BSITPA.com).

**Факс:** 1-866-459-4623.

Форму запроса на возмещение расходов Ameriflex необходимо отправить почтой или передать по факсу (вместе с подтверждающими документами) по следующему адресу:

Служба приема требований Ameriflex

**Почтовый адрес:**

PO Box 269009,  
Plano, TX 75026.  
**Факс:** 1-888-631-1038.

Если у вас нет доступа к сети Интернет, вы можете позвонить в администрацию Доверительного фонда по указанному выше номеру телефона и попросить отправить вам форму по почте. Если у вас возникли вопросы относительно данной формы или процедуры ее подачи, обратитесь за помощью в администрацию Доверительного фонда.

Если вы хотите получить чек на сумму возмещения по почте, убедитесь, что у вашего представителя или в администрации штата есть сведения о вашем текущем адресе.

С 2015 года с помощью удобной льготной карты вы сможете оплачивать доплаты за медицинские услуги и рецептурные препараты, франшизы и расходы на совместное страхование для страховых требований, которые покрываются одобренным Доверительным фондом планом на сумму до 3000 долл. США в год.

# Формы

## Письменное подтверждение использования удобной льготной карты

Форму письменного подтверждения пользования удобной льготной картой можно скачать на веб-сайте [ORHomecareTrust.org/resources](http://ORHomecareTrust.org/resources) или получить, позвонив по номеру телефона администрации Доверительного фонда, указанному ниже. Данное письменное подтверждение должен заполнить каждый Участник программы, получивший удобную льготную карту, и отправить по факсу или электронной почте по адресу:

Доверительный фонд работников по уходу на дому штата Орегон

**Почтовый адрес:**  
PO Box 6,  
Mukilteo, WA 98275.

**Телефон:** 1-844-507-7554, доп. 3, затем 2.

**Эл. почта:** [ONCWT@BSITPA.com](mailto:ONCWT@BSITPA.com).

**Тема:** Письменное подтверждение для ONCWT.

**Факс:** 1-866-459-4623.

## Прямой перевод на счет

Форму запроса прямого перевода на счет для возмещения ежемесячного страхового платежа по программе Medicare можно найти на веб-сайте Доверительного фонда по адресу [ORHomecareTrust.org/resources](http://ORHomecareTrust.org/resources) или получить, позвонив по номеру телефона администрации Доверительного фонда, указанному ниже. Когда вы отправите форму и копию аннулированного чека по факсу или почте, сумма возмещения ежемесячного платежа по программе Medicare будет зачислена непосредственно на выбранный вами счет.

Заполненную форму запроса на прямой перевод на счет и аннулированный чек необходимо отправить Доверительному фонду по адресу:

Доверительный фонд работников по уходу на дому штата Орегон

**Почтовый адрес:**  
PO Box 6,  
Mukilteo, WA 98275.

**Телефон:** 1-844-507-7554.

**Эл. почта:** [ONCWT@BSITPA.com](mailto:ONCWT@BSITPA.com).

**Факс:** 1-866-459-4623.

## Запрос на оплачиваемый отгул

Форму запроса на оплачиваемый отгул, форму для назначаемого выгодоприобретателя или форму W9 можно скачать на веб-сайте Доверительного фонда [ORHomecareTrust.org/resources](http://ORHomecareTrust.org/resources) или получить, позвонив по номеру телефона администрации Доверительного фонда, указанному ниже. Если вы хотите воспользоваться льготами на оплачиваемые отгулы, которые предоставляются Льготным доверительным фондом, необходимо заполнить и отправить форму запроса по факсу или электронной почте по следующему адресу:

Доверительный фонд работников по уходу на дому штата Орегон

**Почтовый адрес:**

PO Box 6,  
Mukilteo, WA 98275.

**Телефон:** 1-844-507-7554, доп. 3, затем 2.

**Эл. почта:** [ONCWTPTO@bsitpa.com](mailto:ONCWTPTO@bsitpa.com).

**Тема:** ONCWT PTO.

**Факс:** 1-866-459-4623.

## Форма отказа

Форму отказа можно скачать на веб-сайте Доверительного фонда [ORHomecareTrust.org/resources](http://ORHomecareTrust.org/resources) или получить, позвонив по номеру телефона администрации Доверительного фонда, указанному ниже. Если вы хотите воспользоваться льготами на услуги стоматолога, окулиста и льготами по программе поддержки сотрудников, которые предоставляются Льготным доверительным фондом, вам необходимо заполнить и отправить форму запроса по факсу или электронной почте по следующему адресу:

Доверительный фонд работников по уходу на дому штата Орегон

**Почтовый адрес:**

PO Box 6,  
Mukilteo, WA 98275.

**Телефон:** 1-844-507-7554.

**Эл. почта:** [ONCWT@BSITPA.com](mailto:ONCWT@BSITPA.com).

**Факс:** 1-866-459-4623.

После отправки формы отказа вы не будете получать страховое покрытие до начала следующего периода открытой регистрации, если вы не соответствуете требованиям для регистрации по особой процедуре.

## Форма апелляции

Льготы на медицинское обслуживание, услуги окулиста и стоматолога, а также по программе помощи сотрудникам застрахованы, поэтому требования и апелляции по ним подаются в соответствующую страховую компанию, согласно установленной ею процедуре.

Требования и апелляции, касающиеся вашего права на участие в Доверительных фондах или возмещения расходов со стороны Доверительных фондов, необходимо подавать в администрацию Доверительного фонда. Форму запроса на пересмотр возмещения или форму апелляции можно найти на веб-сайте Доверительного фонда по адресу [ORHomecareTrust.org/resources](http://ORHomecareTrust.org/resources) или получить, позвонив по номеру телефона администрации Доверительного фонда, указанному ниже. Если вы хотите обжаловать отказ в предоставлении возмещения из Дополнительного доверительного фонда или отказ в праве на страховое покрытие из любого Доверительного фонда, ознакомьтесь с приведенными далее инструкциями и отправьте форму по адресу:

Доверительный фонд работников по уходу на дому штата Орегон

**Почтовый адрес:**

PO Box 6,  
Mukilteo, WA 98275.

**Телефон:** 1-844-507-7554.

**Эл. почта:** [ONCWT@BSITPA.com](mailto:ONCWT@BSITPA.com).

**Факс:** 1-866-459-4623.

## Процедура подачи требований и апелляций

### Подача требования на возмещение из Дополнительного доверительного фонда

Запрос на возмещение необходимо направлять в администрацию Доверительного фонда. Администрация Доверительного фонда должна ответить на ваше требование в течение 30 дней с момента его получения. Если ей требуется дополнительное время, ваше требование будет рассмотрено в течение 45 дней с момента его получения. Если администрации Доверительного фонда потребуется дополнительная информация, вы будете об этом извещены. Если вы не предоставите такую дополнительную информацию, администрация Доверительного фонда будет рассматривать ваш запрос на основании имеющейся у нее информации. Если ваше требование оформлено неправильно, вы в течение 10 дней получите уведомление, где будет указано, что необходимо исправить.

Если ваше требование было отклонено, вы получите письменное объяснение, где будет указано следующее:

- причина отказа;
- конкретное правило Доверительного фонда, на основании которого было принято данное решение;
- любая дополнительная информация, необходимая для пересмотра вашего требования с указанием причины, по которой такая информация необходима;
- процедура и сроки рассмотрения апелляции Доверительным фондом;
- объяснение того, что первоначальное решение является окончательным, если только в соответствии с процедурами рассмотрения апелляций его нельзя обжаловать.

Обратите внимание на то, что вы не обязаны обжаловать данное решение в совете попечителей. Тем не менее, прежде чем у вас появится право возбудить иск согласно правилам конкретного плана, вы должны исчерпать прочие средства административной защиты, подав апелляцию в совет попечителей.

### Процедура рассмотрения апелляции

Если администрация Доверительного фонда отклонила ваше первоначальное требование, вы можете потребовать его пересмотра, обратившись в письменной форме в совет попечителей в течение 180 дней с момента получения отказа. В письменной апелляции следует указать причину запроса. Также вы можете назначить уполномоченного представителя, который будет действовать от вашего имени. Для этого необходимо в письменной форме уведомить об этом администрацию Доверительного фонда, указав имя, адрес и номер телефона представителя. Вы можете, в разумных пределах, получить доступ к документам, которые относятся к вашему требованию, и получить их копии. Также вы можете представить свои вопросы и замечания в письменном виде. Вы можете запросить копии всей новой или дополнительной информации, которая понадобится при рассмотрении вашей апелляции.

Решение по вашей апелляции будет принято в течение 60 дней с момента ее получения администрацией Доверительного фонда. Если на рассмотрение апелляции потребуется больше времени, решение будет принято не позднее чем через 120 дней после получения апелляции. Если на рассмотрение апелляции потребуется больше времени, вы будете извещены об этом по почте. Попечители отправят вам уведомление в течение 10 дней с момента принятия решения по вашей апелляции.

Если ваша апелляция будет отклонена, вы получите письменное уведомление с указанием сути требования, причины отказа, описанием процесса обсуждения и указанием положений документов плана, на основании которых такое решение было принято.

Если вы захотите подать иск относительно отказа совета попечителей, это необходимо сделать в течение 3 лет с даты отклонения вашей апелляции.

# Ресурсы

## КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

### **Ameritas (страхование услуг окулиста)**

Телефон: 1-877-647-6683.  
Номер группы: 010-350770.  
Веб-сайт: [eyemedvisioncare.com](http://eyemedvisioncare.com).

### **Anthem Blue Cross (медицинское страхование)**

Телефон: 1-855-634-3381.

### **Benefit Solutions, Inc. (Администрация Доверительного фонда)**

*По вопросам, связанным с вашими правами, льготами на медицинское обслуживание, услуги стоматолога и окулиста, льготами по программе помощи сотрудникам, а также по возмещению расходов или оплачиваемым отгулам обращайтесь по телефону: Телефон: 1-844-507-7554, доп. 3, затем 2.*

*По вопросам, связанным со статусом удобной льготной карты Ameriflex, ее балансом и заменой: Телефон: 1-844-507-7554, доп. номер 3, затем 3.*

Эл. почта: [ONCWT@BSITPA.com](mailto:ONCWT@BSITPA.com).  
Факс: 1-866-459-4623.  
Адрес: PO Box 6, Mukilteo, WA 98275.

### **BlueShield of California (медицинское страхование)**

Телефон: 1-800-431-2809.  
Веб-сайт: [www.blueshieldca.com](http://www.blueshieldca.com).

### **Healthy Kids**

Телефон: 1-877-314-5678.

### **Kaiser Permanente (страхование услуг стоматолога)**

Телефон: 1-503-286-6868 (район Портленда),  
1-503-370-4311 (район Сейлема),  
1-866-498-7912 (за пределами обслуживания сети Kaiser).

Номер группы в регионе: 19581-001.  
Номер группы за пределами региона: 19581-003.  
Веб-сайт: [www.kp.org/dental/nw](http://www.kp.org/dental/nw).

### **Kaiser Permanente (медицинское страхование)**

Услуги участников: 1-800-813-2000.  
Отдел выставления счетов: 1-800-759-0584.

### **MODA (медицинское страхование)**

Услуги участников: 1-877-605-3229.  
Эл. почта: [medical@modahealth.com](mailto:medical@modahealth.com).  
Веб-сайт: [modahealth.com](http://modahealth.com).  
Онлайн-служба выставления счетов для клиентов: 888-374-8907.

### **Oregon's Health CO-OP (медицинское страхование)**

Телефон: 1-844-509-4676.  
Веб-сайт: [www.ohcoop.org](http://www.ohcoop.org).

### **План медицинского страхования для жителей штата Орегон**

Статус заявки: 1-800-699-9075.  
Служба поддержки клиентов: 1-800-273-0557.  
Линия для обслуживания в нерабочие часы, сестринская поддержка: 1-800-562-4620.

### **PacificSource (медицинское страхование)**

Телефон: 1-888-977-9299.  
Веб-сайт: [PacificSource.com](http://PacificSource.com).

### **Premera Blue Cross (медицинское страхование)**

Телефон: 1-800-722-1471.  
Веб-сайт: [premera.com/wa/member](http://premera.com/wa/member).

### **Reliant Behavioral Health (программа помощи сотрудникам)**

Телефон: 1-866-750-1327.  
Код: OHWBТ.  
Веб-сайт: [myrbh.com](http://myrbh.com).

### **United Healthcare (медицинское страхование) Обслуживание клиентов**

Обслуживание клиентов: (1 800) 957-6053.  
Выставление счетов: (1 800) 708-2848. Веб-сайт: [uhcexchangebilling.com](http://uhcexchangebilling.com).

### **Отдел регистрации на медицинское обслуживание**

Телефон: 1-844-507-7554, доп. 1.  
Телефон: 1-855-437-2694.  
Эл. почта: [acahotline@ORHomecareTrust.org](mailto:acahotline@ORHomecareTrust.org).

### **SEIU Local 503 MRC (по вопросам подготовки, профсоюзных взносов и прочим профсоюзным вопросам)**

Телефон: 1-877-451-0002.  
Эл. почта: [Homecare@seiu503.org](mailto:Homecare@seiu503.org).  
Веб-сайт: [seiu503.org](http://seiu503.org).

### **Льготы членам SEIU Local 503 (по вопросам льгот для членов профсоюза, например по поводу страхования жизни)**

Телефон: 1-800-452-2146.  
Веб-сайт: [seiu503.org/Category/Benefits](http://seiu503.org/Category/Benefits).

### **SHIBA (программа помощи в получении льгот на медицинское страхование для пожилых людей)**

*В данной программе работают квалифицированные добровольцы, которые занимаются обучением и защитой интересов жителей Орегона, принимающих участие в программе Medicare.*  
Телефон: 1-800-722-4134.  
Веб-сайт: [oregon.gov/dCBS/insurance/SHIBA/Pages/shiba.aspx](http://oregon.gov/dCBS/insurance/SHIBA/Pages/shiba.aspx).

### **Valley Insurance Professionals**

Телефон: 1-844-507-7554, доп. 2.  
Факс: 503-420-8665.

# Я получил медицинскую страховку. Что дальше?

## План медицинского страхования для жителей штата Орегон

Если вы зарегистрированы по расширенному плану медицинского страхования для жителей штата Орегон (Oregon Health Plan Plus, OHP Plus), вы получите информацию от органа здравоохранения штата Орегон, включая идентификационную карту OHP и название закрепленной за вами организации по координации услуг здравоохранения (Coordinated Care Organization, CCO). Получив необходимую информацию, вы можете обратиться в CCO, чтобы определить своего лечащего врача.

## Oregon Kaiser Permanente / MODA / Oregon Co-Op Medical

Если вы зарегистрировались через Биржу в одобренном Доверительном фонде и прошедшем отбор плане медицинского страхования только для себя и имеете право на льготы Дополнительного доверительного фонда, Доверительный фонд отправит вам первичный комплект документации выбранной вами страховой компании. Вы также получите удобную льготную карту. Если вы зарегистрированы в программе только индивидуально, то получите инструкции о том, как с помощью удобной льготной карты автоматически оплачивать ежемесячный страховой платеж. Если у вас есть какие-либо вопросы по поводу счетов на оплату страховых платежей, позвоните в Доверительный фонд по номеру 1-844-507-7554, доп. 3, затем доп. 2.

Если ваш план медицинского обслуживания включает членов семьи и вы имеете право на льготы Дополнительного доверительного фонда, Доверительный фонд оплатит только часть ежемесячного страхового платежа, относящуюся к покрытию ваших личных расходов, которая не покрывается федеральной налоговой дотацией для страховых платежей, при этом ответственность все страховые платежи за членов вашей семьи будет лежать на вас. Вам нужно будет оплатить счет компаний Kaiser, MODA или Oregon's Health CO-OP, а Дополнительный доверительный фонд возместит часть страхового платежа, которая относится к вашей медицинской страховке. После получения и оплаты счета отправьте его копию вместе с заполненной формой запроса на возмещение расходов по почте или факсу в администрацию Доверительного фонда. Данный процесс возмещения необходимо будет повторять каждый месяц.

После первой страховой выплаты вы будете официально зарегистрированы компаний Kaiser, MODA или Oregon's Health CO-OP и получите идентификационную карту.

## Программа Medical в штатах Калифорния, Айдахо и Вашингтон

Если вы зарегистрированы в одобренном Доверительным фондом и прошедшем отбор плане медицинского страхования в штатах Калифорния, Айдахо и Вашингтон и имеете право на льготы Дополнительного доверительного фонда, вам будет необходимо оплатить счета страхового медицинского обслуживания до момента активации удобной льготной карты, а Дополнительный доверительный фонд возместит ту часть страховых платежей, которая относится к вашей медицинской страховке, но не покрывается федеральным налоговым кредитом. После получения и оплаты счета отправьте его копию вместе с заполненной формой запроса на возмещение расходов по почте или факсу в администрацию Доверительного фонда.

## Medicare

Если вы зарегистрированы в программе Medicare часть B и (или) Medicare Supplemental, Advantage или Medicare часть D, а также имеете право на льготы Дополнительного доверительного фонда, вам нужно представить администратору Доверительного фонда подтверждение расходов на выплату страхового платежа вместе с заполненной формой запроса на возмещение расходов по факсу или почте. Эту процедуру необходимо повторять каждый год для всех подобных расходов, за исключением возмещения расходов по программе Medicare часть B.

## Расходы, которые принимаются к оплате по данному плану

На странице 16 данной брошюры в разделе, посвященном льготам Дополнительного доверительного фонда, можно найти информацию о ваших льготах, а в разделе, посвященном правам, о том, как получить право на эти льготы.

# Ресурсы

## Как разобраться в предоставляемых льготах: словарь терминов по медицинскому страхованию

### Совместное страхование

При совместном страховании расходы на медицинские услуги делятся между вами и вашей страховой компанией. Это соотношение может варьироваться в пределах от 80/20 до 50/50. Например, «80/20» означает, что после выплаты франшизы (если она применяется), ваша страховая компания оплачивает 80 % покрываемых расходов на медицинское обслуживание, и вы — оставшиеся 20 % страхового требования. Разделение прекращается, когда сумма, которую вы выплатили в рамках покрываемых расходов на медицинские услуги, достигла установленного для вас лимита наличных затрат, который обычно находится в диапазоне от 1000 до 6000 долл. США. Если ваши медицинские расходы в течение календарного года превысили указанный лимит наличных затрат, страховая компания покрывает оставшуюся сумму расходов.

### Доплата

Доплата — фиксированная сумма (например, 15 долл. США), которую вы платите за покрытую страховкой медицинскую услугу, как правило, при получении такой услуги. Эта сумма может меняться в зависимости от типа покрытой страховкой медицинской услуги.

### Франшиза

Франшиза — сумма, которую вы должны оплатить за медицинские услуги, входящие в ваш план медицинского страхования, за исключением визитов к врачу, прежде чем начнутся выплаты по данному плану. Например, если ваша франшиза составляет 1000 долларов, то выплаты по данному плану начнутся только после того, как сумма оплаченных вами застрахованных медицинских услуг, для которых предусмотрена эта франшиза, не достигнет 1000 долл. США. Франшиза может применяться не ко всем видам услуг.

### Медицинская страховка

Договор, в котором указано, что согласно вашему плану медицинского страхования в обмен на выплату страховых платежей за вас будут оплачиваться все медицинские расходы или их часть.

### Сеть

Учреждения, поставщики услуг и организации, с которыми у вас заключен договор по плану медицинского страхования на оказание медицинских услуг.

### Лимит наличных расходов

Сумма, которую вы должны оплатить за покрываемые услуги в течение срока действия страхового полиса (как правило, с января по декабрь), прежде чем, согласно плану медицинского страхования, вам начнут оплачивать 100 % от разрешенной суммы. Данный лимит не включает страховые выплаты, суммы, которые превышают покрываемую плату за услуги поставщиков, не входящих в сеть (так называемые «балансовые расходы по выставленным счетам»), а также медицинские услуги, которые не покрываются вашим планом медицинского страхования. Некоторые планы медицинского страхования не учитывают все ваши доплаты, франшизы, расходы на совместное страхование, платежи вне сети или другие не входящие в этот лимит расходы.

### Страховая выплата

Сумма, которую необходимо оплатить за пользование планом медицинского страхования. Вы, как правило, страховая выплата бывает ежемесячной, ежеквартальной или ежегодной.

### Покрытие расходов на рецептурные препараты

Медицинская страховка, которая позволяет оплатить рецептурные препараты и медикаменты.

### Рецептурные препараты

Препараты и лекарства, для получения которых необходим рецепт врача.

### Поставщик услуг

Врач (врач или врач-остеопат), медицинский работник или медицинское учреждение, лицензированные, сертифицированные или аккредитованные в соответствии с требованиями законодательства штата.

# Организации, которые могут помочь, если цена на рецептурные препараты слишком высока

Существуют организации, представляющие интересы отдельных людей, для которых цена на лекарственные средства, не полностью покрываемые медицинской страховкой, слишком высока. Далее перечислены некоторые подобные организации, которые могут быть вам полезны.

## **RxAssist — центр программы помощи пациентам [rxassist.org](http://rxassist.org)**

Попав на веб-сайт, найдите Центр пациентов (Patient Center), получите к нему доступ и воспользуйтесь поиском, чтобы найти программы для определенных прописанных вам

лекарственных препаратов. После ввода названия рецептурного препарата откроется ссылка, по которой вы получите инструкции о том, как подать заявку на получение помощи.

## **Фонд сетевого доступа для пациентов [panfoundation.org](http://panfoundation.org)**

Веб-сайт этого фонда аналогичен веб-сайту RxAssist, и в нем можно легко разораться.

## **Фонд защиты интересов пациентов [patientadvocate.org](http://patientadvocate.org)**

Веб-сайт этого фонда аналогичен веб-сайту RxAssist, и в нем можно легко разораться.

## Удобная льготная карта: часто задаваемые вопросы

**Чтобы иметь право на получение льгот, описанных в данном документе, вы должны соответствовать требованиям Дополнительного доверительного фонда для работников по уходу на дому штата Орегон (далее «Доверительный фонд»).**

Начиная с 2015 года совет попечителей предоставляет всем Участникам Доверительного фонда, соответствующим указанным требованиям, удобную льготную карту (далее «Карта»), с помощью которой можно в электронном виде оплачивать: (а) часть одобренной Доверительным фондом страховой выплаты по плану медицинского страхования, покрываемую Доверительным фондом; (б) доплаты за медицинские услуги и рецептурные препараты, расходы на франшизы и совместное страхование, которые покрываются Доверительным фондом, если они не превышают 3000 долл. США в год.

### **Какие услуги я могу оплачивать этими 3000 долларов?**

Вы можете использовать Карту для доплаты за медицинские услуги и рецептурные лекарственные препараты, для оплаты расходов на франшизы и совместное страхование по страховым требованиям, покрываемым одобренным Доверительным фондом и прошедшим отбор планом медицинского страхования, при условии наличия у вас права на получение льгот Доверительного фонда на момент возникновения таких требований.

Вы не можете использовать Карту для оплаты страховых требований в связи с услугами стоматолога, окулиста, услугами для членов семьи или других лиц, которые не покрываются вашим планом Medicare, медицинским планом Биржи, а также в связи с услугами, оказанными вам до того, как вы получили право на льготы Доверительного фонда.

От вас могут потребовать предоставить доказательства ваших расходов, поэтому **сохраняйте расшифровки льгот (ЕОВ) и все рецепты** (особенно рецепты на препараты, которые отпускаются только по рецепту, поскольку затраты на рецептурные препараты не отображаются в расшифровках страховой компании).

Посмотрев расшифровку льгот (ЕОВ), вы будете знать, какие услуги покрываются вашей страховкой и сколько вы должны за полученные услуги. В расшифровке льгот (ЕОВ) указывается выплаченная сумма страховки, а также сумма, которую вы сами должны оплатить в качестве доплаты, по совместному страхованию и франшизе. Страховая компания должна отправить вам расшифровку льгот (ЕОВ) по электронной или обычной почте.

Вы можете использовать удобную льготную карту для оплаты сумм франшизы, совместного страхования и доплаты, указанных в расшифровке льгот (ЕОВ) или квитанции на ваш рецептурный препарат.

Если у вас возникли вопросы относительно того, какие расходы покрываются вашим планом страхования, обратитесь непосредственно в свою страховую компанию. Кроме того, если вы считаете, что страховая компания выставила вам счет за какие-либо требования по ошибке, обратитесь в отдел выставления счетов вашей страховой компании за разъяснениями.

# Ресурсы

## **Каким образом будет оплачиваться мой ежемесячный страховой платеж?**

Если вы зарегистрированы как индивидуальный участник одобренного Доверительным фондом и прошедшего отбор плана медицинского страхования, вы можете напрямую с помощью Карты оплачивать ежемесячные страховые платежи за услуги здравоохранения в вашу страховую компанию. Поэтому, до тех пор, пока вы имеете право на льготы Дополнительного доверительного фонда, вы не должны оплачивать никакие авансовые наличные расходы, относящиеся к страховым платежам за услуги здравоохранения.

## **Покрывают ли эти 3000 долларов и мой страховой платеж?**

Нет. Ваша карта содержит два «счета». Один счет, на который предварительно внесено 3000 долларов, предназначен для доплаты за медицинские услуги и рецептурные препараты, оплаты расходов на франшизы и совместное страхование, как это описано выше. На втором счете находится сумма, необходимая для оплаты той части страхового платежа за медицинские услуги, которая не покрывается федеральной налоговой дотацией. Вам необходимо обратиться в медицинскую страховую компанию, чтобы установить процедуру, согласно которой страховая компания будет снимать необходимые ежемесячные суммы с вашей Карты. У большинства медицинских страховых компаний эту сумму можно уточнить на веб-сайте. На веб-сайте Доверительного фонда также размещена информация о том, как установить размеры ваших ежемесячных платежей по страховой компании.

## **Что делать, если у меня нет доступа к компьютеру?**

Существует множество способов оплаты страхового платежа с удобной льготной карты. Обратитесь в вашу страховую компанию, чтобы определить, нужно ли делать ежемесячный платеж или зарегистрироваться для выполнения автоматических платежей. Если у вас возникли дополнительные вопросы, позвоните в отдел регистрации на медицинское обслуживание по номеру телефону 1-844-507-7554, доп. 1.

## **Могу ли я оплачивать с Карты расходы, относящиеся к членам моей семьи?**

Нет. Карту можете использовать только вы и только для оплаты ваших покрываемых расходов.

## **Я зарегистрировался в плане вместе с членами семьи, которые также имеют право на получение льгот. Можно ли с помощью Карты оплачивать страховой платеж всей семье?**

Нет. Ваша страховая компания не может

принимать частичные платежи с каждой Карты, поэтому вам следует использовать процесс возмещения расходов, описанный ниже, и оплачивать страховой платеж для семьи напрямую в страховую компанию.

## **Что делать, если семья включена в мою программу страхования?**

Если ваша семья включена в ваш медицинский страховой полис, вы должны оплачивать страховые платежи членов своей семьи напрямую в страховую компанию, а затем подать форму запроса на возмещение расходов в администрацию Доверительного фонда на сумму платежа, относящегося только к вашей индивидуальной страховке. После этого администрация Доверительного фонда вышлет вам чек на сумму возмещения.

## **Как оплачивать расходы на услуги окулиста или стоматолога?**

Если вы имеете право на получение льгот Льготного доверительного фонда для работников по уходу на дому штата Орегон, Доверительный фонд покрывает 100 % платежей за услуги стоматолога компании Kaiser, услуги окулиста компании Ameritas и услуги компании Reliant Behavioral Health (программа помощи сотрудникам).

## **Все наличные расходы, не покрываемые этими программами, вы оплачиваете самостоятельно без использования Карты.**

## **Мне нужен ПИН-код, ведь это дебетовая карта?**

Нет. Чтобы использовать карту, ПИН-код не нужен.

## **Могу ли я снять наличные (чтобы возместить свои расходы)?**

Нет, если вы оплатили услуги наличными, необходимо оформить запрос на возмещение расходов, как описано выше. Возмещенная сумма будет вычтена из максимальной годовой суммы 3000 долл. США на вашей карте.

## **Куда мне необходимо позвонить, если я потеряю удобную льготную карту?**

Если вам нужно заменить удобную льготную карту, позвоните в компанию Ameriflex по телефону 1-844-507-7554, доп. 3, затем снова 3. Компания Ameriflex является администратором удобных льготных карт и может помочь в решении вопросов, связанных с балансом на счете и статусом запроса на возмещение расходов Ameriflex.

**Удобная льготная карта не работает.  
Куда в этом случае необходимо звонить?**

Если при использовании удобной льготной карты у вас возникли проблемы, позвоните в компанию Ameriflex, которая является администратором удобных льготных карты, по номеру 1-844-507-7554, доп. номера 3, затем снова 3.

**У меня в 2016 году уже были расходы на медицинское обслуживание до того, как я получил Карту. Могу ли я оплатить их с помощью Карты?**

Да. Получив счет от поставщика медицинских услуг за медицинские услуги, предоставленные в 2016 году, вы можете оплатить с помощью Карты сумму, за которую вы несете ответственность. В большинстве счетов от поставщиков медицинских услуг есть графа, где можно указать данные вашей Карты.

Если вы уже самостоятельно оплатили поставщику услуг покрываемые наличные расходы, вы можете подать новую форму запроса на возмещение расходов Ameriflex, которую можно загрузить по адресу [ORHomecareTrust.org/reimbursement/#reimform](http://ORHomecareTrust.org/reimbursement/#reimform), приложив к ней копию расшифровки льгот или квитанцию за предоставленные услуги. Чтобы получить форму запроса на возмещение расходов, обратитесь в администрацию Доверительного фонда. Возмещенная сумма будет вычтена из максимальной годовой суммы 3000 долл. США на вашей карте.

**У меня есть медицинские расходы за 2014 год и (или) 2015 год. Могу ли я оплатить их с помощью Карты?**

Вы можете использовать находящуюся на вашей удобной льготной карте сумму возмещения в размере 3000 долларов на оплату только покрываемых расходов на услуги, полученные в том же году, к которому относится это возмещение. Если вы получили страховое требование за предыдущий календарный год, вам необходимо использовать процесс возмещения расходов. Например, сумму 3000 долларов на 2015 год можно использовать для оплаты возмещаемых расходов на услуги, предоставленные в 2015 году. Использовать остаток суммы за 2015 года для оплаты услуг, оказанных в 2016 году, нельзя.

**Переходит ли остаток средств на карте за 2015 год на следующий, 2016 год?**

Нет. Максимальная сумма компенсации покрываемых расходов в течение одного календарного года составляет 3000 долл. США. Неиспользованный в течение календарного года остаток от суммы в 3000 долларов не переходит на оплату расходов следующего календарного года. Если вы не использовали полностью ваши льготы в размере 3000 долл. США за предыдущий календарный год, вы можете подать заявку на возмещение расходов от Ameriflex по требованиям, возникшим в том предыдущем календарном году, в период с 1 января этого года до 31 марта следующего года. (Например, если вы оплатили наличными расходы, связанные с покрываемым требованием, 20 декабря 2015 года, то до 31 марта 2016 года вы можете подать заявку на возмещение этих расходов в Ameriflex.) Карту нельзя использовать для прямой оплаты требований за предыдущий год. После 31 марта необходимо отправить форму запроса на возмещение расходов в администрацию Доверительного фонда. Если администрация Доверительного фонда получит форму запроса на возмещение расходов в течение 12 месяцев после окончания срока действия, установленного Ameriflex, ваша заявка будет обработана в соответствии с правилами Доверительного фонда. (Например, до 31 марта 2017 года вы должны подать запрос на возмещение расходов за оплаченные вами лично услуги, предоставленные до 20 декабря 2015 года.)

Форму запроса на возмещение расходов Ameriflex и форму запроса на возмещение расходов Доверительного фонда работников по уходу на дому штата Орегон можно найти на веб-сайте [ORHomecareTrust.org/reimbursement](http://ORHomecareTrust.org/reimbursement).

**Будет ли моя удобная льготная карта за 2015 год действовать в 2016 году?**

Да. Удобная льготная карта за 2015 год будет действовать и как удобная льготная карта в 2016 году.

**Когда истекает срок действия моей карты?**

Год и месяц окончания срока действия удобной льготной карты указан на ее лицевой стороне. Ameriflex отправит вам новую удобную льготную карту, когда срок действия текущей карты будет подходить к концу. Если у вас возникли вопросы по этому поводу, вы можете позвонить в Ameriflex по телефону 1-844-507-7554, доп. 3, затем снова 3.

# Ресурсы

## Как читать расшифровку льгот (EOB)

Расшифровка льгот (EOB) — это форма, которую отправляет страховая компания после того, как вами были получены покрываемые ею медицинские услуги. Расшифровка льгот не является счетом, но содержит полезную информацию, которая поможет вам отслеживать сумму франшизы и максимальную сумму наличных платежей.

В приведенном примере используется расшифровка льгот компании Kaiser. Суммы в графе «Разрешенная сумма» отражают расходы на обслуживание поставщика услуг Kaiser Permanente. Суммы в графе «Оплачивает Kaiser» означают, сколько должна оплатить компания Kaiser Permanente.

Суммы в графе «Ответственность участника» означают, сколько должны оплатить вы. Они представляют собой разницу между суммами в графах «Разрешенная сумма» и «Оплачивает Kaiser». Все ваши расходы можно отнести к одной из трех категорий: «франшиза», «без покрытия» или «совместное страхование / доплаты». Обратите внимание, что совместное страхование и доплаты не относятся к вашей франшизе, но суммы, указанные в столбцах франшизы, доплаты и совместного страхования входят в сумму максимальной оплаты наличными за календарный год.

### **Суммы, примененные до настоящего момента.**

Это общие расходы по вашей франшизе и сумме максимальной оплате наличными за год. Если ваши расходы достигли суммы франшизы и максимальной суммы оплаты наличными, до конца текущего года вы не будете оплачивать доплаты или совместное страхование на покрываемые услуги.

### **Отслеживание индивидуальных сумм.**

Вам необходимо отслеживать итоговую сумму франшизы и максимальную сумму оплаты наличными для себя и каждого члена своей семьи. Когда член семьи достигает суммы своей франшизы, для большинства покрываемых услуг он будет оплачивать только доплаты или совместное страхование\*.

### **Отслеживание сумм расходов вашей семьи.**

Вам необходимо отслеживать общую сумму расходов по семейной франшизе за календарный год. После полной выплаты франшизы каждый член семьи для большинства покрываемых услуг будет оплачивать только доплаты или расходы на совместное страхование.

\* Некоторые планы предусматривают только семейные франшизы. Это означает, что после того как семья совместными усилиями выплатит франшизу, для большинства покрываемых услуг все члены семьи будут оплачивать только доплаты или совместное страхование.



Kaiser Permanente  
Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest  
500 NE Multnomah St Ste 100  
Portland OR 97232-2099



## EXPLANATION OF BENEFITS

000844-000001-000002-000001 KNB1 2401054  
JANE DOE  
71234 MAIN ST  
ANYWHERE,CA 99999-4444

Subscriber Name	JANE DOE
Subscriber ID	123456789101
Member Name	JANE DOE
Member ID	123456789101
Group Name	ACME INC
Group ID	1234-001
Product Type	HMO-I
Statement Date	
October 29, 2012	

## THIS IS NOT A BILL

**B**

Service Date From/To	Claim Number	Service Provider and Description	Billed Amount	Allowed Amount	Other Insurance Payment	Not Covered	Member Responsibility		Kaiser Paid	Remarks
							Deductible	Coinsurance Copay		
9/11/12	CLM111111111	BROWN, J. / SURGERY	1,454.00	892.00	0.00	0.00	500.00	78.40	313.80	PA001 B1044 BD001
10/10/12	CLM222222222	GREEN,M. / OFFICE-OTHER OUTPATIENT	238.00	184.00	0.00	0.00	0.00	20.00	164.00	PA001 BC002
Claims Grand Total			1,692.00	1,076.00	0.00	0.00	500.00	98.40	477.80	

**A**

Fraud Warning: Any person who, with intent to defraud, or knowing that they are facilitating a fraud against an insurer, submits an application, or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

If you suspect that a provider has charged you for services you did not receive, billed you twice for the same service, or misrepresented any information, please call us as soon as possible to explain the situation.

**Member Responsibility**	Kaiser Paid
598.40	477.80

In addition to any deductible, coinsurance and/or copayment amounts, Member Responsibility may include all or a portion of any amount listed as Not Covered, based on the remark codes. Please see inserts for additional information including your appeal rights.

**\*\*Member Responsibility amount does not reflect any payment at the time of service.**

**Remarks Area: For any clarification of the remarks below or to report possible fraud, please contact Kaiser Permanente's Membership Services at 503-813-2000, 1-800-813-2000, Option 4, and TTY/TDD 1-800-735-2900.**

The following are remarks associated with the claims on this EOB. If a remark repeats on the EOB the description will only be provided once.

Remark	Description
BC002	Member responsible, specialist copay
BD001	Member responsible, deductible, annual deductible
B1044	Member responsible, surgery coinsurance
PA001	Allowed amount

**C**

Member Liability Satisfied for Contract Year 2012 as of 23-Oct-12

Tier	Deductible	\$ Satisfied	% Satisfied	Out-of-Pocket	\$ Satisfied	% Satisfied
Individual	\$500.00	\$500.00	100.00%	\$2,000.00	\$184.00	9.20%
Family	\$1,500.00	\$500.00	33.33%	\$8,000.00	\$184.00	3.07%

- A** **Подробная информация об услугах.** К ней относится дата обслуживания, а также суммы франшиз, совместного страхования и доплат для каждого вида услуг.
- B** **Наша ответственность.** В этой колонке указаны все платежи, проведенные нами на основании льгот вашего плана страхования\*.
- C** **Отслеживание ваших расходов.** В этом разделе указаны суммы ваших франшиз и наличных расходов, засчитанные на текущую дату, включая любые суммы, отраженные в данной расшифровке льгот (ЕОВ). Учтите, что не все затраты участника включены в годовой максимум наличных расходов.

# Примечания

## Уведомление Дополнительного доверительного фонда о соблюдении конфиденциальности

**В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНЫ ВАРИАНТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ УКАЗАНО, КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ К НЕЙ ДОСТУП. ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТИТЕ ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ.**

### **ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ФОНДА ПО СОБЛЮДЕНИЮ КОНФИДЕЦИАЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИИ**

Дополнительный доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон (далее «Доверительный фонд») обязуется защищать конфиденциальность закрытой медицинской информации (далее «медицинская информация»). Медицинская информация — это информация, которая позволяет установить вашу личность, содержит сведения о вашем физическом или психическом здоровье, а также о предоставлении или оплате медицинских услуг. В соответствии с действующим законодательством, у вас есть определенные права относительно медицинской информации, которые описаны в настоящем документе.

Цель настоящего уведомления — проинформировать вас о правовых обязательствах Доверительного фонда в соответствии с нормами федерального права о конфиденциальности медицинских данных, приведенными в Законе о страховании здоровья и медицинской ответственности от 1996 года (далее «HIPAA») и соответствующих нормах (далее «Федеральный закон о конфиденциальности медицинских данных»), а именно:

- хранить конфиденциальность ваших медицинских данных;
- предоставить вам данное уведомление, где указаны правовые обязательства Доверительного фонда и меры по обеспечению конфиденциальности медицинской информации;
- соблюдать условия настоящего уведомления.

В данном уведомлении также описано, как Доверительный фонд использует и раскрывает вашу медицинскую информацию, а также ваши права в отношении медицинской информации, используемой Доверительным фондом. В настоящем уведомлении местоимения «вы» и «ваш» относятся к Участникам, которые имеют право на льготы от Доверительного фонда.

### **ИНФОРМАЦИЯ, ОТНОСЯЩАЯСЯ К НАСТОЯЩЕМУ УВЕДОМЛЕНИЮ**

Фонд собирает и сохраняет определенную медицинскую информацию, которая требуется для того, чтобы помочь вам получить льготы в области медицинского обслуживания, а

также в целях соблюдения законодательных и нормативных требований. Фонд получает такую, идентифицирующую вас медицинскую информацию из заполняемых вами заявок и разных форм, в ходе ваших бесед с административным и медицинским персоналом Доверительного фонда, а также из отчетов и данных, которые передают Доверительному фонду поставщики медицинских услуг или другие льготные программы для сотрудников. К данной информации применяются меры по обеспечению ее конфиденциальности, описанные в данном уведомлении. Ваша медицинская информация, находящаяся в распоряжении Доверительного фонда, включает, среди прочего, ваше имя, адрес, номер телефона, дату рождения, номер социального страхования, информацию о работе, а также сведения из заявлений о состоянии здоровья.

### **КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ МЕР ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ФОНДА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КОНФИДЕЦИАЛЬНОСТИ**

#### **Использование и раскрытие вашей медицинской информации Доверительным фондом**

Доверительный фонд может использовать вашу медицинскую информацию, чтобы на ее основании определить, имеете ли вы право на получение льгот, для обработки и оплаты льготных платежей, а также для управления своей деятельностью. Доверительный фонд может передавать вашу медицинскую информацию страховым компаниям, административному персоналу третьих лиц для лечения, оплаты и предоставления медицинских услуг. Доверительный фонд также может передать вашу медицинскую информацию третьим лицам, которые помогают ему выполнять его обязанности, правительственным и правоохранительным органам, членам вашей семьи, а также некоторым другим физическим или юридическим лицам. В определенных обстоятельствах Доверительный фонд может использовать или раскрывать медицинскую информацию на основании вашего письменного разрешения. В остальных случаях такое разрешение не требуется. Сведения об использовании и раскрытии Доверительным фондом вашей медицинской информации приведены ниже.

#### **Права, связанные с медицинской информацией**

Федеральный закон о конфиденциальности медицинских данных предусматривает определенные права в отношении вашей медицинской информации. В частности, вы имеете право:

- проверить и/или копировать свою медицинскую информацию;
- потребовать, чтобы в вашу медицинскую информацию были внесены изменения;

- потребовать отчет об определенных случаях раскрытия вашей медицинской информации;
- потребовать ввести определенные ограничения, связанные с использованием и раскрытием вашей медицинской информации;
- потребовать отправлять вашу медицинскую информацию в конфиденциальном порядке;
- потребовать доступ к медицинской информации в электронном виде;
- получать уведомления о нарушениях, связанных с разглашением незащищенной закрытой медицинской информации, которые могут вам нанести ущерб;
- подать жалобу в администрацию Доверительного фонда или Министерство здравоохранения и социального обеспечения, если вы считаете, что ваше право на неприкосновенность частной жизни было нарушено;
- получить бумажную копию данного уведомления.

Далее подробно описаны все указанные здесь права, а также то, как вы можете ими воспользоваться.

### **Изменения в мерах Доверительного фонда по обеспечению конфиденциальности информации**

Доверительный фонд оставляет за собой право вносить изменения в меры по обеспечению конфиденциальности информации и пересматривать данное уведомление, как указано ниже.

#### **Контактная информация**

Если у вас возникли вопросы или сомнения по поводу мер Доверительного фонда по обеспечению конфиденциальности информации или данного уведомления, а также если вы хотите получить о них дополнительную информацию, обращайтесь по адресу:

Сотрудник по обеспечению конфиденциальности  
 HIPAA,  
 Льготный доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон Benefit Solutions, Inc.,  
 12121 Harbour Reach Dr., Suite 105  
 Mukilteo, WA 98275

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ДОВЕРИТЕЛЬНЫМ ФОНДОМ**

За исключением случаев, описанных в данном разделе, согласно положениям Федерального закона о конфиденциальности медицинских данных, или при наличии иного разрешения с вашей стороны, Доверительный фонд может использовать и раскрывать медицинскую информацию только для управления своей деятельностью и обработки ваших льгот.

### **Использование и раскрытие информации для лечения, оплаты и предоставления медицинских услуг**

**1. Лечение.** Хотя Доверительный фонд не предполагает раскрывать информацию, предназначенную «для лечения», однако в случае необходимости, он имеет право на раскрытие такой информации без вашего разрешения. Например, Доверительный фонд может раскрыть вашу медицинскую информацию медицинскому учреждению, чтобы помочь правильно организовать ваше лечение.

**2. Оплата.** Доверительный фонд может использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, чтобы, в соответствии с программой предоставления льгот Доверительным фондом, оплачивать требования по предоставляемому лечению, медицинским услугам и медицинским товарам. Например, Доверительный фонд может передавать информацию о вашем участии в программах, правомочности и требованиях в компании, которые занимаются обработкой требований. Доверительный фонд может использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию поставщикам медицинских услуг, чтобы информировать их о том, какие льготы вам предоставляются. Также Доверительный фонд может раскрывать вашу медицинскую информацию другим страховым компаниям или организациям, предоставляющим льготы, чтобы координировать оплату ваших требований по медицинскому обслуживанию с теми, кто может оплачивать определенные расходы. Кроме того, Доверительный фонд может раскрыть вашу медицинскую информацию аудитором требований, чтобы проанализировать практику выставления счетов, которую используют поставщики медицинских услуг, а также проверить правомерность платежей по требованиям.

### **3. Предоставление медицинских услуг.**

Доверительный фонд может использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для повышения эффективности своей работы, а также в интересах своих Участников. Например, Доверительный фонд может передать вашу медицинскую информацию актуариям и бухгалтерам, чтобы использовать их в процессе планирования своей работы, или адвокатам, которые оказывают Доверительному фонду юридические услуги.

### **Использование и раскрытие информации для деловых партнеров**

Доверительный фонд делится вашей информацией со своими «деловыми партнерами» — сторонними организациями, которые помогают в его деятельности. Доверительный фонд может без вашего разрешения передавать своим деловым партнерам информацию для лечения, оплаты и предоставления медицинских услуг. Например, Доверительный фонд может передавать вашу медицинскую информацию в компании, которые занимаются обработкой данных, для обработки ваших требований. Доверительный фонд может

# Уведомление Дополнительного доверительного фонда о соблюдении конфиденциальности

раскрывать вашу медицинскую информацию аудиторам, актуариям, бухгалтерам и адвокатам, как описано выше, а также передавать сведения о вашем имени и адресе службам рассылки. Кроме того, если вы не говорите по-английски и у вас возникли вопросы по поводу требования, Доверительный фонд может передать вашу медицинскую информацию переводчику.

Доверительный фонд заключает со своими деловыми партнерами договоры о защите конфиденциальности медицинской информации.

## Использование и раскрытие информации спонсору плана

Доверительный фонд может раскрывать вашу медицинскую информацию спонсору плана, которым является Совет попечителей Доверительного фонда, для решения административных задач, таких как обеспечение качества и оценка общего финансирования Доверительного фонда, без вашего разрешения. Доверительный фонд также может раскрывать вашу медицинскую информацию спонсору плана, чтобы тот мог принять решение относительно ваших претензий. Перед раскрытием любой медицинской информации спонсору плана, он подтверждает Доверительному фонду, что сохранит в конфиденциальности вашу медицинскую информацию, и что в данный документ включена формулировка его обязательств по защите конфиденциальности вашей медицинской информации.

## Другие виды использования и раскрытия информации, которые могут быть сделаны без вашего разрешения

Как описано далее, Федеральный закон о конфиденциальности медицинских данных предусматривает определенные случаи, в которых Доверительный фонд может использовать или раскрывать информацию без вашего разрешения.

### 1. Согласно требованиям законодательства.

Ваша медицинская информация может использоваться или раскрываться в соответствии с требованиями законодательства. Например, ваша медицинская информация может быть раскрыта в следующих случаях:

- в ходе судебного или административного разбирательства по решению суда, административной инстанции или правового органа;
- чтобы сообщить о жестоком обращении или насилии в семье;
- для оказания помощи сотрудникам правоохранительных органов в исполнении их служебных обязанностей;
- чтобы уведомить соответствующие органы о нарушении, связанном с незащищенной закрытой медицинской информацией.

**2. Здоровье и безопасность.** Ваша медицинская информация может быть раскрыта для того,

чтобы предотвратить серьезную угрозу здоровью или безопасности как для вас, так и для любого другого лица. Ваша медицинская информация также может использоваться в ходе массовых мероприятий по охране здоровья, таких как предотвращение или контроль заболеваний, травм или потери трудоспособности, а также для соблюдения требований к отчетности и контролю, предъявляемых правительственными учреждениями, например Управлением по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств США.

**3. Государственные службы.** Ваша медицинская информация может быть передана государственным службам для выполнения таких функций, как разведка, национальная безопасность, проверка допуска к засекреченной информации и защита государственных служащих. Ваша медицинская информация также может быть передана в органы надзора в сфере здравоохранения, для проведения аудита, расследований, выдачи разрешений и других надзорных мероприятий.

**4. Участники из числа военнослужащих и ветеранов.** Ваша медицинская информация может быть использована или раскрыта для соблюдения законодательства и правил, связанных с несением военной службы или делами ветеранов.

**5. Компенсация работникам.** Ваша медицинская информация может быть использована или раскрыта для соблюдения законодательства и правил, касающихся компенсационных льгот работникам.

**6. Чрезвычайные ситуации.** Ваша медицинская информация может быть использована или передана члену семьи или близкому другу, который оказывает вам помощь при возникновении чрезвычайной ситуации, или организации, оказывающей помощь при стихийных бедствиях, если такое бедствие возникло. Если вы не хотите, чтобы данная информация передавалась, вы можете подать запрос на ограничение таких случаев ее раскрытия, как описано далее в настоящем уведомлении.

**7. Прочие лица, принимающие участие в лечении.** В определенных обстоятельствах ваша медицинская информация может быть использована или передана члену семьи, близкому другу или другому лицу, которое, по сведениям Доверительного фонда, принимает непосредственное участие в вашем лечении (например, если вы серьезно ранены и не можете обсудить свой вопрос с Доверительным фондом). Кроме того, по запросу, Доверительный фонд может сообщить члену семьи или близкому другу о вашем общем состоянии, месте пребывания (например, в больнице) или смерти. Если вы не хотите, чтобы данная информация передавалась, вы можете подать запрос на ограничение ее раскрытия, как описано далее в настоящем уведомлении.

**8. Личные представители.** Ваша медицинская информация может быть раскрыта лицам, которых вы уполномочили действовать от вашего имени, или лицам, которые имеют законное право действовать от вашего имени. Например,

личными представителями несовершеннолетних детей являются родители, а для взрослых личным представителем является лицо, имеющее доверенность на взрослых.

**9. Информация о лечении и медицинских льготах.** Доверительный фонд и его деловые партнеры могут обратиться к вам, чтобы предоставить информацию о вариантах лечения или других видах медицинских услуг или льгот, которые могут быть вам интересны, в том числе, например, об альтернативных видах лечения, услугах и лекарствах.

**10. Исследования.** В определенных обстоятельствах, ваша медицинская информация может использоваться или раскрываться в исследовательских целях, если при этом соблюдаются все необходимые по закону процедуры защиты конфиденциальности данных исследований.

**11. Донорство органов, глаз и тканей.** Если вы являетесь донором органов, ваша медицинская информация может быть использована или передана организациям, занимающимся подбором донорских органов, чтобы помочь в донорстве органов или тканей, а также их трансплантации.

**12. Информация об умерших.** Медицинская информация умершего человека может быть передана следователям, медицинским экспертам и похоронным бюро, чтобы они могли выполнять свои профессиональные обязанности.

#### **Использование и раскрытие информации для сбора средств и проведения маркетинговых исследований**

Доверительный фонд и его деловые партнеры не используют вашу медицинскую информацию для сбора средств и проведения маркетинговых исследований.

#### **Любые другие виды использования и раскрытия информации требуют вашего четко выраженного согласия**

Использование и раскрытие вашей медицинской информации, кроме случаев, описанных выше, будет осуществляться только с вашего письменного разрешения. Также вы можете в письменном виде отозвать свое разрешение использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию. В этом случае Доверительный фонд не будет использовать или раскрывать медицинскую информацию, для которой вы отменили разрешение на раскрытие, кроме тех случаев, когда Доверительный фонд уже воспользовался вашим разрешением. На медицинскую информацию, раскрытую с вашего разрешения, уже не распространяются положения Федерального закона о конфиденциальности медицинских данных, и она может быть повторно раскрыта получателем без вашего ведома или разрешения.

#### **ВАШИ ПРАВА, ОТНОСИТЕЛЬНО МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

У вас есть следующие права относительно вашей медицинской информации, которая создается, собирается и используется Доверительным фондом. Если вам необходимо подать письменный запрос, связанный с этими правами, направляйте его по следующему адресу:

Сотрудник по обеспечению конфиденциальности HIPAA,  
Льготный доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон Benefit Solutions, Inc.,  
12121 Harbour Reach Dr., Suite 105  
Mukilteo, WA 98275

#### **Право на проверку и копирование медицинской информации**

Вы имеете право проверять содержание и получить копию вашей медицинской карты. Медицинская карта включает, среди прочего, медицинскую информацию о ваших правах на участие в программах страхования, страховых покрытиях по программе страхования, записи о ваших требованиях и счетах. Если медицинская карта хранится Доверительным фондом в электронном виде, вы можете отправить запрос на ее получение в электронном формате.

Чтобы проверить содержимое и получить копию медицинской карты, необходимо отправить письменный запрос сотруднику по обеспечению конфиденциальности HIPAA. После получения запроса Доверительный фонд отправит вам журнал требований, который представляет собой краткий отчет по истории ваших требований за предыдущие два года. Если вы получили право на пособие в течение менее двух лет, то в журнале требований будет отражен весь период, в течение которого у вас было страховое покрытие.

Если вы не хотите получать журнал требований, а вместо этого хотите проверить и (или) получить копию некоторых или всех основных записей о ваших требованиях, включая фактические требования, правомочность и карточку регистрации за период более двух лет, укажите это в письменном запросе, и этот запрос будет удовлетворен. Если вы запрашиваете бумажную копию основной медицинской карты или ее части, Доверительный фонд взимает плату в размере 0,25 долл. США за страницу за копирование и отправку ответа на ваш запрос по почте. За предоставление данных в электронном формате также может взиматься небольшая плата.

В определенных обстоятельствах Доверительный фонд может отклонить ваш запрос на проверку и копирование медицинской карты. В этом случае Доверительный фонд уведомит вас об этом в письменной форме. В некоторых случаях, когда вам было отказано в доступе к медицинской карте, вы можете потребовать пересмотра этого отказа.

# Уведомление Дополнительного доверительного фонда о соблюдении конфиденциальности

## **Право потребовать внесения изменений в вашу медицинскую информацию**

Вы имеете право требовать, чтобы в вашу медицинскую информацию были внесены определенные изменения, если вы уверены, что она является неправильной или неполной.

Чтобы внести такие изменения, необходимо отправить подробный письменный запрос сотруднику по обеспечению конфиденциальности HIPAA. В запросе необходимо указать основания для внесения таких изменений. Доверительный фонд может отклонить ваш запрос, если он сделан не в письменной форме, если в нем не указана причина запроса, или если вы попросили изменить информацию, которая:

- внесена не Доверительным фондом и не предназначена для него, если только вы не предоставите подтверждение того, что
- физическое или юридическое лицо, которое внесло данную информацию, больше не имеет возможности ее изменить;
- не является частью медицинской информации, которая хранится Доверительным фондом или предназначена для него;
- не является частью медицинской карты, которую вы, получив разрешение, можете просматривать и копировать;
- является точной и полной.

Доверительный фонд в письменной форме уведомляет вас о том, что ваш запрос на изменение медицинской информации был принят или отклонен. Если Доверительный фонд отклоняет запрос, он должен указать, что вы можете сделать, чтобы добиться внесения отклоненных изменений.

## **Право на получение отчета о случаях раскрытия информации**

Вы имеете право на получение письменного отчета о раскрытии информации. Такой отчет представляет собой перечень случаев раскрытия ваших медицинских данных Доверительным фондом третьим лицам. Отчет может включать информацию за период до шести лет до даты подачи вами запроса. Если вам требуется отчет за период менее шести лет, укажите это в своем письменном запросе.

Чтобы получить отчет о случаях раскрытия информации, необходимо направить письменный запрос сотруднику по обеспечению конфиденциальности HIPAA. В ответ на ваш запрос о предоставлении отчета о случаях раскрытия информации Доверительный фонд может

предоставить вам список делового партнеров, которые занимаются раскрытием данной информации от имени Доверительного фонда, а также их контактную информацию, чтобы вы могли запросить отчет непосредственно у каждого делового партнера. Первый отчет, запрошенный вами в течение двенадцати месяцев, является бесплатным. За предоставление дополнительных отчетов в течение двенадцати месяцев с вас будет взиматься плата за предоставление отчета, о которой Доверительный фонд уведомит вас заранее, чтобы вы могли отозвать запрос до того, как эти затраты будут понесены.

## **Право на ограничения**

Вы имеете право потребовать введения ограничений на медицинскую информацию, которую Доверительный фонд использует или раскрывает о вас для лечения, оплаты и предоставления медицинских услуг. Вы также имеете право потребовать введения ограничений на вашу медицинскую информацию, которую Доверительный фонд раскрывает лицам, которые оказывают вам помощь или оплачивают ваше лечение, например членам семьи или друзьям. В целом, Доверительный фонд не обязан соглашаться с вашими требованиями об ограничениях и может прекратить действие затребованных вами ограничений. Доверительный фонд обязан согласиться на ваше требование об ограничениях на раскрытие информации об оплате в тех случаях, когда вы полностью оплатили счет поставщика медицинских услуг из собственных средств.

Чтобы ограничить использование вашей информации, необходимо направить письменное требование сотруднику по обеспечению конфиденциальности HIPAA с указанием того, использование какой информации вы стремитесь ограничить и как и (или) кому вы хотите ограничить доступ. Доверительный фонд в письменной форме уведомит вас о том, что ваше требование на введение ограничений было принято или отклонено, а также в случае прекращения действия любых ограничений.

## **Право потребовать отправлять вашу медицинскую информацию в конфиденциальном порядке, через альтернативные каналы связи или предоставлять доступ к ней в другом месте**

Вы имеете право потребовать, чтобы медицинская информация передавалась вам в конфиденциальном порядке, через альтернативные каналы связи или в другом месте. Например, вы можете указать, что с вами можно связаться только на работе или по почте или что вы должны получать доступ к медицинской информации в определенном месте.

Чтобы медицинская информация передавалась вам через альтернативные каналы связи или в другом месте, необходимо направить письменное требование сотруднику по обеспечению конфиденциальности HIPAA. В этом письменном требовании должна быть указана причина, а также альтернативные каналы связи или место, находясь в котором вы хотите получать свою медицинскую информацию. В случае необходимости следует указать, что раскрытие всей или части информации не в конфиденциальном порядке может представлять для вас угрозу. Обоснованные требования, насколько это возможно, будут приняты, и вы получите соответствующее уведомление.

### **Право на подачу жалобы**

Вы имеете право подать жалобу в администрацию Доверительного фонда или Министерство здравоохранения и социального обеспечения, если считаете, что ваше право на неприкосновенность частной жизни было нарушено. Жалобу в Доверительный фонд необходимо направить в письменном виде сотруднику по обеспечению конфиденциальности HIPAA.

Если вы подали жалобу в администрацию Доверительного фонда или Министерство здравоохранения и социального обеспечения, это никак не отразится на ваших правах, предоставляемых услугах, платежах или льготах.

### **Право на получение бумажной копии данного уведомления**

Вы имеете право получить бумажную копию данного уведомления. Чтобы получить бумажную копию данного уведомления, необходимо направить письменный запрос сотруднику по обеспечению конфиденциальности HIPAA. Вы также можете получить копию данного уведомления от компании Benefit Solutions Inc., обратившись по адресу:

Сотрудник по обеспечению конфиденциальности HIPAA,  
Льготный доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон Benefit Solutions, Inc.,  
12121 Harbour Reach Dr., Suite 105  
Mukilteo, WA 98275

### **Право на получение уведомления о нарушении, связанном с разглашением закрытой медицинской информации**

В случае нарушения, связанного с разглашением вашей закрытой медицинской информации, вам будет отправлено уведомление. Вы будете уведомлены об этом заказным письмом в течение 60 дней с момента такого события.

Нарушение происходит в том случае, когда имеет место несанкционированное использование или раскрытие информации в соответствии с Законом о страховании здоровья и медицинской ответственности, которое ставит под угрозу неприкосновенность частной жизни или безопасность закрытой медицинской информации. Уведомление включает следующую информацию: 1) краткое описание того, что произошло, включая дату самого нарушения и дату его обнаружения; 2) шаги, которые вам необходимо предпринять, чтобы защититься от потенциального ущерба, который может быть нанесен в результате нарушения; 3) краткое описание шагов, которые предпринимаются для расследования нарушения, смягчения его последствий, а также защиты от подобных нарушений в дальнейшем. Обратите внимание, что вас будут уведомлять не обо всех нарушениях, связанных с раскрытием медицинской информации; вас могут не уведомлять о случаях, когда такая информация была надлежащим образом защищена (например: компьютерные данные хранились в зашифрованном виде и к ним невозможно получить доступ без пароля) или было определено, что вероятность разглашения вашей медицинской информации достаточно мала.

### **ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ФОНДА**

Доверительный фонд оставляет за собой право вносить изменения в политику конфиденциальности и использовать новые эффективные методы защиты медицинской информации, находящейся в его распоряжении, включая конфиденциальную медицинскую информацию, которая была создана или получена до даты вступления в силу изменений, а также конфиденциальную медицинскую информацию, которая может быть получена в будущем. Если Доверительный фонд вносит значительные изменения в свою политику конфиденциальности, он должен пересмотреть свое уведомление и отправить вам его измененный вариант почтой США или электронной почтой, в течение шестидесяти дней с момента пересмотра. Кроме того, копия пересмотренного уведомления будет предоставлена вам по письменному запросу, и с ней можно будет ознакомиться в офисе Доверительного фонда.

### **ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ**

Данное уведомление вступает в силу 1 августа 2013 года и остается в силе до момента публикации Доверительным фондом обновленной версии уведомления.

# Примечания

## Уведомление Льготного доверительного фонда о продлении плана медицинского страхования COBRA

### Введение

Данное уведомление содержит важную информацию о вашем праве на продление плана медицинского страхования COBRA, которое позволяет на определенный срок продлить льготы на стоматологические услуги, услуги окулиста и программу помощи сотрудникам, предоставляемые Доверительным фондом. Данное уведомление не имеет отношения к льготам на наличные расходы, предоставляемые Дополнительным доверительным фондом. В данном уведомлении приведено разъяснение продления плана медицинского страхования COBRA, а также указано, когда оно может быть вам предоставлено и что необходимо сделать, чтобы подтвердить свое право на его получение. Страхование согласно плану COBRA начнется только после получения платежа. Если вы получили право на медицинское страхование COBRA, то, возможно, вы сможете получить право и на другие варианты страхового покрытия, которые будут дешевле продления плана медицинского страхования COBRA.

Право на продление медицинского страхования COBRA основано на федеральном законе — консолидированном всеобъемлющем законе «Об урегулировании бюджета» 1985 года (COBRA). Вы можете получить право на продление медицинского страхования COBRA, даже если закончилась коллективная страховка. Чтобы получить дополнительные сведения о своих правах и обязанностях в рамках Доверительного фонда и в соответствии с федеральным законодательством, обратитесь в администрацию Доверительного фонда.

Если вы потеряли право на групповое покрытие страховых расходов на услуги стоматолога и окулиста, предоставляемое Льготным доверительным фондом, вам могут быть доступны другие варианты покрытия. Например, вы можете иметь право оплатить отдельный план на стоматологические услуги или услуги окулиста с помощью рынка медицинского страхования. При регистрации страхового покрытия на рынке вы можете получить право на сокращение ежемесячного страхового платежа и более низкие наличные расходы. Кроме того, вы можете получить право на специальный 30-дневный период регистрации для другого группового плана на стоматологические услуги или услуги окулиста, на которые вы имеете право (например, по плану супруга), даже если этот план в целом не разрешает несвоевременную регистрацию.

### Что такое продление медицинского страхования COBRA?

Продление медицинского страхования COBRA позволяет продлить страховое покрытие услуг, предоставляемое Льготным доверительным фондом, которое в противном случае было бы завершено из-за определенного жизненного обстоятельства. Такое обстоятельство также называется «квалифицирующим событием». Виды квалифицирующих событий перечислены далее в данном уведомлении. После возникновения квалифицирующего события продление медицинского страхования COBRA должно быть предложено каждому человеку, который является «правомочным выгодоприобретателем». Вы можете стать правомочным выгодоприобретателем, если потеряли покрытие услуг стоматолога, окулиста и льготы по программе помощи сотрудникам, предоставляемые Льготным доверительным фондом, в результате квалифицирующего события. Согласно правилам Льготного доверительного фонда, правомочные выгодоприобретатели, которым было предоставлено продление медицинского страхования COBRA, должны оплатить соответствующий взнос.

Вы можете стать правомочным выгодоприобретателем, если потеряли покрытие услуг стоматолога, окулиста и льготы по программе помощи сотрудникам, предоставляемые Льготным доверительным фондом, в результате сокращения рабочих часов или прекращения трудовой занятости по любой причине, кроме грубого нарушения правил поведения.

### В каком случае предоставляется продление медицинского страхования COBRA?

Доверительный фонд предлагает продление медицинского страхования COBRA для правомочных выгодоприобретателей льгот только после того, как администрация Доверительного фонда направит уведомление о том, что у такого Участника сокращено количество рабочих часов или закончился срок работы по найму. Администрация штата Орегон уведомит администрацию Доверительного фонда о том, что у вас сокращено количество рабочих часов или закончился срок работы по найму. Вы также должны уведомить администрацию Доверительного фонда о наступлении квалифицирующего события, направив уведомление по адресу:

Льготный доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон,  
с/o Benefit Solutions, Inc.  
P.O. Box 6  
Mukilteo, WA 98275

## Как обеспечивается продление медицинского страхования COBRA?

Когда администрация Доверительного фонда получит уведомление о том, что произошло квалифицирующее событие, вам будет предложено продление медицинского страхования COBRA только для стоматологических услуг, услуг окулиста и льгот по программе помощи сотрудникам.

Продление медицинского страхования COBRA является временным и обычно действует в течение 18 месяцев с момента сокращения количества рабочих часов или окончания срока работы по найму. Существуют также указанные ниже возможности, позволяющие продлить 18-месячный срок продления медицинского страхования COBRA.

### Продление медицинского страхования COBRA на период 18 месяцев из-за нетрудоспособности

Если служба социального обеспечения определит, что вы потеряли трудоспособность и своевременно уведомили об этом администратора Доверительного фонда, вам могут продлить медицинское страхование COBRA еще на 11 месяцев на протяжении максимум 29 месяцев. Потеря трудоспособности должна начаться в период до 60 дней перед продлением медицинского страхования COBRA и должна продолжаться по меньшей мере до конца 18-месячного периода продления медицинского страхования COBRA. Совет попечителей Доверительного фонда, по своему усмотрению, может потребовать от вас дополнительные подтверждения вашей нетрудоспособности, чтобы продлить страховое покрытие из-за нетрудоспособности.

### Существуют ли другие виды покрытия, кроме продления медицинского страхования COBRA?

Да. Кроме продления медицинского страхования COBRA могут существовать и другие варианты покрытия с помощью рынка медицинского страхования и программы Medicaid, а также другие варианты групповых планов страхового покрытия (например, план супруга) с помощью так называемого «специального периода регистрации». Некоторые из них могут быть дешевле, чем продление медицинского страхования COBRA.

Дополнительную информацию по данному вопросу можно получить на веб-сайте [healthcare.gov](http://healthcare.gov).

### Если у вас возникли вопросы

Вопросы, касающиеся Доверительного фонда или вашего права на продление медицинского страхования COBRA, следует направлять по указанным далее контактным данным. Чтобы получить дополнительную информацию о своих правах по плану COBRA, Закону о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании и другим законам, связанным с групповыми планами медицинского страхования, обратитесь в ближайшую региональную или окружную администрацию по обеспечению пенсионных и социальных льгот работников (EBSA) при Министерстве труда США или посетите [dol.gov/ebsa](http://dol.gov/ebsa). (Адреса и телефоны областных и окружных отделений EBSA можно найти на веб-сайте EBSA.) Дополнительную информацию о платформе рынка медицинского страхования можно получить на веб-сайте [healthcare.gov](http://healthcare.gov).

### Вам необходимо своевременно информировать администрацию Доверительного фонда об изменении своего адреса.

Чтобы администрация Доверительного фонда могла защитить ваши права, информируйте ее об изменении вашего адреса. Также вы должны хранить копии ваших записей и любых уведомлений, отправляемых в администрацию Доверительного фонда.

### Контактная информация доверительного фонда

Для получения дополнительной информации о Доверительном фонде и продлении медицинского страхования COBRA обращайтесь в администрацию Доверительного фонда по адресу:

Льготный доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон,  
c/o Benefit Solutions, Inc.  
P.O. Box 6  
Mukilteo, WA 98275  
1-844-507-7554



# Примечания

# Важная информация

Эта страница позволяет вам отслеживать информацию, которая понадобится для управления льготами. Укажите здесь всю необходимую информацию, чтобы обращаться к ней по мере необходимости. Храните данный документ в надежном и безопасном месте.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ (см. стр. 21)

Страховая компания: Kaiser Permanente

Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_

Код группы: 19581-001 [в зоне обслуживания] или 19581-003 [вне зоны обслуживания]

1-503-286-6868 в районе Портленда  
1-503-370-4311 в Сейлеме

Номер телефона: 1-866-498-7912 за пределами районов Портленда и Сейлема

Веб-сайт: kp.org/dental/nw

Имя пользователя: \_\_\_\_\_ Пароль: \_\_\_\_\_

УСЛУГИ ОКУЛИСТА (см. стр. 22)

Компания, предоставляющая услуги: Ameritas

Номер полиса: \_\_\_\_\_

Код группы: 010-350770

Номер телефона: 877-647-6683

Веб-сайт: \_\_\_\_\_

Имя пользователя: \_\_\_\_\_ Пароль: \_\_\_\_\_

ПРОГРАММА ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ (см. стр. 22)

Компания, предоставляющая услуги: Reliant Behavioral Health

Код группы / код доступа: ОНWBT

Номер телефона: 866-750-1327

Веб-сайт: myrbh.com

Имя пользователя: \_\_\_\_\_ Пароль: \_\_\_\_\_

# Важная информация

Эта страница позволяет вам отслеживать информацию, которая понадобится для управления льготами. Укажите здесь всю необходимую информацию, чтобы обращаться к ней по мере необходимости. Храните данный документ в надежном и безопасном месте.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ (см. стр. 17)

Страховая компания: \_\_\_\_\_

Номер полиса: \_\_\_\_\_

Другое (код группы, номер счета и т. д.): \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Веб-сайт: \_\_\_\_\_

Имя пользователя: \_\_\_\_\_ Пароль: \_\_\_\_\_

AMERIFLEX / УДОБНАЯ ЛЬГОТНАЯ КАРТА (см. стр. 29)

Код работодателя: AMFHOMESA \_\_\_\_\_

Идентификатор сотрудника (номер социального страхования без прочерков): \_\_\_\_\_

Веб-сайт: mywealthcareonline.com/ameriflex \_\_\_\_\_

Имя пользователя: \_\_\_\_\_ Пароль: \_\_\_\_\_

ИНФОРМАЦИЯ О БИРЖЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ\* (см. стр. 5)

Имя пользователя: \_\_\_\_\_

Пароль: \_\_\_\_\_

Контрольный вопрос № 1: \_\_\_\_\_

Контрольный вопрос № 2: \_\_\_\_\_

Контрольный вопрос № 3: \_\_\_\_\_

\* В этом разделе вы можете записать свои учетные данные для входа на сайт биржи, связанной с вашим страховым покрытием, например [Healthcare.gov](http://Healthcare.gov), [OregonHealthcare.gov](http://OregonHealthcare.gov), [WAHealthPlanFinder.org](http://WAHealthPlanFinder.org), [YourHealthIdaho.org](http://YourHealthIdaho.org) и так далее.