BITTE NUR IN BLAUER ODER SCHWARZER FARBE DRUCKEN

KC1100 Rev. 1/13

KanCare

For Agency Use Only:

1. Erzählen Sie uns über sich selbst: Wenn Sie nur für ein Kind einen Antrag stellen, muss ein Elternteil, Vormund oder erwachsenes Haushaltsmitglied aufgelistet werden.

Name: _____ Listen Sie alle anderen, verwendeten Namen auf: _____

Adresse: _____ Wohnung: _____ Stadt: _____ Land: _____ Bundesland: _____ Postleitzahl: _____

Postanschrift (falls abweichend): _____ Stadt: _____ Bundesland: _____ Postleitzahl: _____

Festnetznummer: (____) _____ Mobilnummer: (____) _____ Arbeit: (____) _____ Darf man Sie auf der Arbeit anrufen? Nein _____ Ja _____

2. Erzählen Sie uns von jedem, der in Ihrem Haushalt lebt: Fangen Sie mit sich selbst in Zeile 1 an. Markieren Sie jede Person, die abgedeckt werden soll und nennen Sie deren Sozialversicherungsnummer (SVN). Das Auflisten der SVN für jede Person in Ihrem Haushalt, hilft uns dabei, Ihnen besser helfen zu können. Verwenden Sie ein separates Blatt Papier, wenn Sie mehr Platz benötigen.

Antragstellung für		Name (falls schwanger, das «ungeborene Kind» in einer separaten Zeile auflisten)	Falls schwanger, das erwartete Geburtsdatum angeben	Beziehung zu Person 1	M W	Sozialversicherungs-nummer	Geburts-datum	US-Staatsbürger?		Ge-burts-land/-staat	Abstam-mung/ Ethnizität (optional)	Vollständiger Name der Eltern - Für Personen unter 19 Jahren ausfüllen, einschließlich ungeborener Kinder	
Ja	Nein							Ja	Nein			Vater	Mutter (Geburtsname)
		1.		Sie selbst									
		2.											
		3.											
		4.											
		5.											
		6.											

3. Erzählen Sie uns von Ihrem Einkommen: Es werden alle Einkommensnachweise vor Abzügen benötigt. Zum Beispiel Kopien von Zahlungsabschnitten, ein Gehaltsbescheinigung Ihres Arbeitgebers, Beihilfebescheinigung, usw. Wenn sie selbständig sind, müssen Sie Ihre aktuellste vollständige Einkommenssteuererklärung bereitstellen. Es wird eine Erklärung über die Einnahmen und Ausgaben Ihres Geschäfts für die letzten drei Monate benötigt, wenn Sie keine Einkommenssteuererklärung besitzen.

Ist jemand in Ihrem Haushalt berufstätig oder selbständig tätig? Nein _____ **Ja** _____ Falls ja, füllen Sie die nachstehende Tabelle für alle beruflichen Tätigkeiten aus.

Name von Lohnempfänger	Firmenname und Telefonnummer (falls selbstständig, bitte Geschäftsart angeben)	Gehalt oder Stundenlohn	Trinkgelder, Provision, Boni	Wöchentliche Arbeitsstunden	Wie oft werden Sie bezahlt?	Wochentag an dem Sie bezahlt werden	Datum des nächsten Gehaltsschecks	Nur für selbständig Tätige	
								Monatliches Einkommen (Vor Ausgaben)	Monatliche Geschäftsausgaben

Bezieht jemand in Ihrem Haushalt, einschließlich Kinder, ein Einkommen, wie Unterhaltszahlungen, Alimente, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, SSI, Arbeitsunfallversicherung, Veteranenbeihilfe, usw.? Nein _____ **Ja** _____ Falls ja, füllen Sie die nachstehende Tabelle für alle Personen aus, die ein Einkommen beziehen, aus:

Name der Person Erhaltendes Einkommen	Art/Herkunft des Einkommens	Erhaltene Summe (Vor Abzügen)	Wie oft wird diese erhalten?	Gerichtsbeschlussnummer

4. Benötigt jemand, für den Sie einen Antrag stellen, Hilfe beim Zahlen von Arztrechnungen der letzten drei Monate? Nein _____ **Ja** _____

Falls ja, müssen Sie ein Einkommensnachweis Ihrer gesamte Familie für die letzten 3 Monate bereitstellen.

5. Hat jemand, für den Sie einen Antrag stellen, eine Gesundheitsversicherung jeglicher Art (außer der medizinischen Hilfe von Kansas)? Nein _____ Ja _____
Falls ja, füllen Sie die nachstehende Tabelle aus und fügen Sie Kopien all Ihrer Versicherungskarte(n) bei - (beide Seiten).
Wenn ihre Gesundheitsversicherung in den letzten acht Monaten für jemanden in ihrem Haushalt geendet hat, geben Sie bitte die Gründe an:_____

Name der Versicherung	Versicherter	Versicherungsnehmer	Art des Versicherungsschutzes (stationäre Versorgung, Zahnarzt, andere)	Startdatum	Enddatum	Policen-Nummer & Gruppen-Nummer

6. Falls Sie jemanden dafür bezahlen, dass er/sie auf ein Familienmitglied aufpasst, während Sie arbeiten, wie viel zahlen Sie pro Monat? _____
Diese Information wird nicht bei allen Programmen verwendet.

7. Bezieht jemand in Ihrem Haushalt Einkommen aus einem Treuhandfond? Nein _____ Ja _____ Falls weitere Informationen erforderlich sein sollten, werden wir Sie kontaktieren.

8. Bevorzugen Sie eine andere Sprache als Englisch? Nein _____ Ja _____ Falls ja, listen Sie diese bitte auf: Geschrieben: _____ Gesprochen: _____

Verwenden Sie zur Kommunikation andere Medien wie Zeichensprache, Blindenschrift, TDD, andere? Nein _____ Ja _____
Falls ja, listen Sie diese bitte auf: Andere Medien: _____

9. Wählen Sie Ihren Gesundheitsplan: Wenn Sie für die medizinische Hilfe zugelassen sind, werden Ihre Dienstleistungen von KanCare zur Verfügung gestellt. Sie können zwischen 3 KanCare-Gesundheitsplänen wählen. Schauen Sie sich bitte noch ein Mal die Zusatzleistungen an und wählen Sie ihren Gesundheitsplan. Wenn Sie keinen Gesundheitsplan auswählen, wird Ihnen einer zugeteilt. Wenn Sie den Ihnen zugeteilten Gesundheitsplan nicht möchten, haben Sie 90 Tage Zeit, um den Gesundheitsplan zu wechseln. Sie werden ein Informationspaket über Ihren Gesundheitsplan erhalten.

☐ Amerigroup ☐ Sunflower State Health Plan ☐ UnitedHealthcare

10. Wichtige Bedingungen und Erlaubnis zur Freigabe von Informationen:

Ich verstehe:
- dass ich unabhängig von meiner Abstammung, Hautfarbe, Behinderung, Religion, politischen Überzeugung, nationalen Herkunft, meines Geschlechts oder Alters das Recht auf Gleichbehandlung habe.
- dass Informationen, die ich bereitgestellt habe, vertraulich behandelt werden, es sei denn sie beziehen sich direkt auf die Verwaltung der medizinischen Beihilfeprogramme von Kansas.
- dass ich für jeden, der sich auf medizinische Hilfe bewirbt, eine Sozialversicherungsnummer bereitstellen oder beantragen muss und ich die Verwendung dieser Nummern erlaube, um das Programm zu verwalten. Diese Nummern werden auch für den Abgleich mit anderen Organisationen wie Banken, der Sozialversicherungsverwaltung und dem Finanzamt genutzt.
- dass es wichtig ist, Informationen zum aktuellen Einkommen, der aktuellen Adresse und Haushaltskonstellation bereitzustellen und dass ich für das Melden von Änderungen während des Antragstellungsverfahrens und wenn ich berechtigt bin verantwortlich bin.
- dass manche oder alle Personen, für die ich einen Antrag stelle, eine ähnliche Gesundheitsversorgung unter dem Medicaid-Programm erhalten können, wenn sie berechtigt sind. dass ich die Verantwortung habe, Mittel von Dritten (wie Krankenversicherung, gerichtlicher Vergleich, medizinische Unterstützungszahlungen, ein Treuhandkonto, eine Vormundschaft, usw.) zu verwenden und zu melden, die eine gesetzliche Verpflichtung haben, manche oder alle medizinischen Kosten für die Personen, für dich ich einen Antrag stelle, zu tragen. Ich verstehe, dass Zahlungen für eine bestimmte Dienstleistung zurückgehalten werden können, während eine Feststellung der Nichtnutzung von Mitteln Dritter durchgeführt wird.
- dass jegliche an mich geleistete Zahlungen von Dritten für medizinische Dienstleistungen, die von den medizinischen Beihilfeprogrammen von Kansas abgedeckt werden, verwendet werden, um die anfallenden medizinischen Rechnungen zu zahlen, und dass diese Programme nur für die Dienstleistungen zahlen, die nicht von Dritten abgedeckt werden. Ich stimme zu, dass ich mit der medizinischen Stelle für einen Forderungsübergang kooperiere, um diese Mittel Dritter zu verfolgen.
- Wenn ich medizinische Beihilfe erhalte und über 54 Jahre alt bin, oder während ich in einem Heim lebe, nehme ich zur Kenntnis, dass ein Anspruch auf mein Vermögen erhoben werden kann, um die medizinischen Ausgaben abzudecken. Ich verstehe, dass mein(e) Finanzunternehmen über ein ausstehendes Verfahren benachrichtigt werden.
- dass ich die Verantwortung habe, alle Fragen dieses Antrags durchzulesen und wahrheitsgemäß zu beantworten. Ich verstehe, dass ich für das Bereitstellen falscher oder bewusst irreführender Informationen in diesem Antrag oder das Zurückhalten von in diesem Antrag angeforderten Informationen, für mein Handeln bestraft werden kann.
- dass ich das Recht auf eine faire Anhörung habe, wenn ich mit einer Entscheidung nicht einverstanden bin. Eine schriftliche Anfrage muss innerhalb von 30 Tagen nach der Entscheidung erfolgen.

Ich stimme zu:
- jegliche medizinischen Beihilfezahlungen für alle Personen, die medizinische Unterstützung erhalten, zu übergeben, wenn Erwachsene im Haushalt für die medizinische Unterstützung als berechtigt bestimmt wurden.
- dem Child Support Services (CSS) beim Feststellen und Verfolgen von Vaterschaften (falls nötig) zu helfen, wenn Erwachsene im Haushalt für die medizinische Unterstützung als berechtigt bestimmt wurden.

Ich versichere:
- dass jeder, für den ich Gesundheitsversorgung beantrage – und für solche für die eine Versorgung berechtigt ist – US-Staatsbürger ist oder kein US-Staatsbürger mit rechtmäßigem Immigrationsstatus ist. Es kann ein Nachweis über den Immigrationsstatus benötigt werden. (Ausnahme: Personen, die für die Notfallbeihilfe unter SOBRA einen Antrag stellen)
- an Eides statt, dass meine Antworten nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und vollständig sind.

Ich erlaube:
- dass jegliche medizinischen Zahlungen und andere Gesundheitspflegedienste unter diesem Programm , für Personen, direkt an die Ärzte und andere medizinische Dienstleister getätigt werden, für die Leute, für die ich einen Antrag stelle, während diese berechtigt sind.
- dass medizinische Dienstleister Informationen an das Kansas Department of Health and Environment, Division of Health Care Finance (KDHE DHCF), das Department for Children and Families (DCF), das Kansas Department for Aging and Disability Services (KDADS), das U.S. Department of Health and Human Services, Versicherungsunternehmen und an andere vertraglichen medizinischen Dienstleister weitergeben dürfen. Ich erlaube auch der KDHE, DCF und der KDADS, medizinische Informationen zu Verwaltungszwecken mit anderen Agenturen und Unternehmern auszutauschen.

11. Unterschrift: Dieser Antrag muss unterschrieben und mit dem Datum versehen werden, um als vollständiger Antrag gewertet zu werden.

_____
Unterschrift des Antragstellers (wird benötigt) **Datum**

_____
Unterschrift des Ehepartners oder eines anderen Erwachsenen (falls dieser sich auch bewirbt) **Datum**

Meine Unterschrift auf diesem Antrag bedeutet, dass ich die oben genannten Bedingungen durchgelesen und verstanden habe. Sie erlaubt außerdem Arbeitgebern, medizinischen Dienstleistern, Finanzinstituten, Versicherungsunternehmen, Versorgungswerken und anderen Personen oder Agenturen, die über meine Umstände Bescheid wissen, jegliche Informationen, einschließlich vertrauliche und Gesundheitsinformationen an KDHE, DCF, KDADS oder andere Sozialleistungen zu übermitteln, die für die Bearbeitung meines Anspruchs notwendig sind. Alle in diesem Antrag bereitgestellten Informationen werden durch staatliche und bundesstaatliche Vertraulichkeitsgesetze geschützt. Diese Veröffentlichung ist sofort gültig. Eine Kopie dieser Erlaubnis hat die gleiche Gültigkeit wie das Original.

12. Informationen über die Kansas Wählerregistrierung Möchten Sie sich heute als Wähler registrieren? Nein ____ Ja ____ Bereits registriert ____
Dieser Abschnitt wird Ihre medizinische Unterstützung **nicht** beeinflussen.