DEPARTMENT OF HEALTH AND FAMILY SERVICES
Division of Health Care Financing
HCF 10129R (01/03)

STATE OF WISCONSIN
WI Stats. s. 49.47

MEDICAID, BADGERCARE AND FAMILY PLANNING WAIVER REGISTRATION APPLICATION

Дата заполнения этой формы определит дату рассмотрения Вашего заявления на прием в программы Medicaid, BadgerCare и Family Planning Waiver. Для того, чтобы определить Вашу «дату заявления», Вы должны заполнить только нижнюю часть этого заявления. Однако, прежде чем Вы сможете получать льготы, процедура оформления заявления на прием в программы Medicaid, BadgerCare и Family Planning Waiver должна быть завершена полностью. Вам сообщат в течение 30 дней, соответствуете ли Вы условиям получения льгот данных программ или нет.

Важно подать заявление на прием в программу как можно скорее, так как если Вы соответствуете условиям участия в программе, то Вы сможете начать получать эти льготы, начиная с даты заявления. Льготы программы Medicaid для лиц, соответствующих условиям участия в программе, могут быть предоставлены «задним числом» максимум за три месяца до даты заявления. Льготы программ BadgerCare и Family Planning Waiver задним числом **не** предоставляются.

Вы можете подать заявление на участие в программах Medicaid/BadgerCare по почте, по телефону или лично. Если Вы решили послать заявление по почте, Вы можете получить бланк заявления на прием в программы Wisconsin Medicaid/ BadgerCare Family в Вашем местном департаменте социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации. Если Вы решили подать заявление по телефону или лично, обратитесь в Ваш департамент социального или гуманитарного обслуживания округа/резервации.

Если Вы нуждаетесь в переводчике или в другой помощи при заполнении этой формы, обратитесь за помощью. Вы можете уполномочить другое совершеннолетнее лицо выступать в качестве Вашего полномочного представителя и участвовать в процедуре оформления заявления вместо Вас. Вы несете ответственность за предоставленную информацию, даже если процедура оформления заявление была выполнена за Вас полномочным представителем.

Вы можете узнать общую информацию о программе Medicaid, также как и о своих правах и обязанностях, из брошюры "*Wisconsin Medicaid Program – Eligibility and Benefits*". Если у Вас нет этой брошюры, обратитесь за ней в местное агентство Вашего округа/резервации. Если у Вас есть вопросы, касающиеся Ваших прав и обязанностей, пожалуйста, задайте их.

- - - -