

ВСЕ ПОЛЯ В ЭТОЙ ФОРМЕ ЗАПОЛНЯЮТСЯ ДОБРОВОЛЬНО*. Вы можете ответить на эти вопросы по своему желанию. Вам не откажут в покрытии расходов, если вы не ответите на них.*Собранные внизу ответы предназначены исключительно для внутреннего пользования и не будут переданы в CMS.

Имя, фамилия: _____

Номер телефона: _____

Адрес: _____

Кем приходитесь участнику: _____

- Выбранный план:
- План MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)
 - MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)
 - MetroPlus Platinum Plan (HMO)

Вы латиноамериканец (-ка), уроженец (-ка) испаноязычной страны или Испании? Выберите все, что применимо в вашем случае.

- Нет, не латиноамериканец (-ка), не уроженец (-ка) испаноязычной страны и не уроженец (-ка) Испании
- Да, мексиканец (-ка), мексиканский американец (-ка), чикано
- Да, пуэрториканец (-ка)
- Да, кубинец (-ка)
- Да, другое латиноамериканское, испаноязычное или испанское происхождение
- Предпочитаю не отвечать**

К какой расе вы принадлежите? Выберите все, что применимо в вашем случае.

- Американский (-ая) индеец (-ианка) или коренной (-ая) житель (-ница) Аляски
- Индеец (-ианка)
- Чернокожий (-ая) / афроамериканец (-ка)
- Китаец (-янка)
- Филиппинец (-ка)
- Гуамец (-ка) или Чаморро
- Японец (-ка)
- Кореец (-анка)
- Коренной (-ая) житель (-ница) Гавайских островов
- Другая азиатская народность
- Уроженец (-ка) другого тихоокеанского острова
- Самоанец (-ка)
- Вьетнамец (-ка)
- Белый (-ая)
- Предпочитаю не отвечать**

Укажите ваш пол. Выберите один вариант:

- Женщина
- Мужчина
- Небинарная личность
- Я использую другой термин: _____
- Предпочитаю не отвечать**

Что из следующего лучше всего представляет собой то, что вы думаете о себе? Выберите один вариант:

- Лесбиянка или гей
- Гетеросексуал (-ка), то есть не гей и не лесбиянка
- Бисексуал (-ка)
- Я использую другой термин: _____
- Я не знаю
- Предпочитаю не отвечать**

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОСОБИЙ ИЛИ ЕГО/ЕЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ И ДАТА ПОДПИСАНИЯ:

Имя и фамилия заявителя печатными буквами Подпись заявителя Дата

Если вы уполномоченный представитель, то заполните поля ниже разборчиво и печатными буквами и поставьте подпись:

Кем вы приходитесь получателю пособий: _____

Имя и фамилия заявителя печатными буквами Подпись заявителя Дата