**6). Czy ktokolwiek wymieniony na stronie 1-szej mieszkał z kimś kto znęcał się nad nim psychicznie lub fizycznie ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego,**

**7) Czy ktokolwiek wymieniony na stronie 1-szej spodziewa się dziecka?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego,**

**8) Czy ktokolwiek wymieniony na stronie 1-szej ma przypadek medyczny, który wymaga pomocy doraźnej ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego,**

**Przedstaw dowód – wyślij kopie jakichkolwiek posiadanych papierów, lub dokumentów.**
Zawiadomimy Cię czy nadal kwalifikujesz się na ubezpieczenie medyczne przez DSHS! Informacje które nam przesyłasz nie będą wykorzystane do użytku urzędu imigracyjnego INS. **Prosimy odesłać nam pytania i odpowiedzi, oraz jakiekolwiek posiadane papiery, w załączonej ofrankowanej kopercie, możliwie jak najszybciej, lub do 10 września 2002 roku. Dziękujemy !**

**Medical Assistance Administration**
**P.O. Box**
**Olympia, WA 98504-5534**

**WAŻNA UWAGA: Nawet jeśli posiadasz dokumenty, musimy sprawdzić czy nadal przysługuje Ci ubezpieczenie medyczne. Możesz wciąż ubiegać się o ubezpieczenie Basic Health. Jeśli otrzymasz wiadomosć że, przysługują Ci nadal kupony DSHS, możesz wtedy wstrzymać podanie o Basic Health.**

**Czy już złożyłaś/eś podanie o ubezpieczenie Basic Health ?** Jeśli dotychczas nie złożyłaś/eś podania, a dowiesz się od nas że, niewszyscy domownicy kwalifikują się na ubezpieczenie medyczne przez DSHS, czy chciałbyś/chciałabyś ubiegać się o ubezpieczenie Basic Health ?

Tak ☐ Nie ☐

**Pytania prosimy kierować do miejscowego Urzędu Usług Socjalnycch – Community Service Office (CSO).**
**Jeśli nie znasz numeru dzwoń na:**
**1-800-562-3022**



Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

# Opieka Medyczna dla twojej rodziny może ulec zmianie!

**Uwaga ! Prosimy wypełnić i odesłać do 10 września 2002 roku !**

001/August 2002
POLISH

W początkach czerwca otrzymałeś pismo z Departamentu **DSHS** informujące o tym że, Twoje ubezpieczenie medyczne DSHS (kupony), lub członka Twego gospodarstwa domowego, może wygasnąć z dniem 30 czerwca 2002 roku. Chcemy upewnić się czy możesz dalszym ciągu korzystać z kuponów medycznych DSHS.

Z informacji,którę posiadamy o Tobie i członkach rodziny wnioskujemy że, nie spełniacie warunków kwalifikacyjnych na żadne inne programy medyczne. W celu sprawdzenia prawdziwości tego potrzebujemy więcej informacji. Prosimy odpowiedzieć na **Pytania** zamieszczone (na stronach 2 i 3) odnośnie każdej osoby wymienionej niżej.

**UWAGA:** Jeśli potrzebujecie pomocy proszę zadzwonic, lub przynieść formularz do miejscowego biura CSO. (CSO czasami nazywane jes biurem welfare –wydziałem d/s pomocy socjalnej, lub Biurem Usług Socjalnych- Community Services Office)

# P Y T A N I A

**Wpisz nazwisko osoby wymienionej na stronie 1-szej przy każdym pytaniu które jej dotyczy. Prosimy koniecznie załączyć informacje ,nawet jeśli zostały już podane w urzędzie CSO (biurze pomocy socjalnej welfare). Prosimy również przesłać kopie jakichkolwiek posiadanych papierów i dokumentów.**

**1) Czy ktokolwiek wymieniony na 1-szej stronie obecnie posiada papiery lub dokumenty imigracyjne ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego, oraz datę otrzymania po raz pierwszy statusu imigracyjnego**

**2) Czy ktokolwiek wymieniony na 1-szej stronie urodził się w USA, lub na terytorium USA (Wyspy Dziewicze USA, Porto Rico,Guam, Samoa Amerykańska, Wyspa Swain, oraz Północne Wyspy Mariana) ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego.**

**3) Czy rodzice, lub jedno z rodziców, którejkolwiek osoby wymienionej na 1-szej stronie otrzymali obywatelstwo amerykańskie ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego.**

**4) Czy ktokolwiek wymieniony na 1-szej stronie mieszkał w USA przed 22 sierpnia 1996 roku ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego. (Nie ma znaczenia czy osoba ta wjechała z papierami czy bez papierów, lub paszportu)**

**5) Czy ktokolwiek wymieniony na 1-szej stronie (współmałżonek/a lub rodzice) służyły w siłach zbrojnych USA ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego.**





Ciąg dalszy na natępnej stronie

**6) Czy ktokolwiek wymieniony na stronie 1-szej (lub współmazłżonek czy rodzice tej osoby ) służyły w siłach zbrojnych USA ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego.**

**7) Czy ktokolwiek wymieniony na stronie 1-szej spodziewa się dziecka?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego.**

**8) Czy ktokolwiek wymieniony na stronie 1-szej ma przypadek medyczny, który wymaga pomocy doraźnej ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego.**

**Przedstaw dowód – wyślij kopie jakichkolwiek posiadanych papierów, lub dokumentów.**
Zawiadomimy Cię czy nadal kwalifikujesz się na ubezpieczenie medyczne przez DSHS! Informacje które nam przesyłasz nie będą wykorzystane do użytku urzędu imigracyjnego INS. **Prosimy odesłać nam pytania i odpowiedzi, oraz jakiekolwiek posiadane papiery, w załączonej ofrankowanej kopercie, możliwie jak najszybciej, lub do 10 września 2002 roku. Dziękujemy !**

**Medical Assistance Administration**
**P.O. Box**
**Olympia, WA 98504-5534**

**WAŻNA UWAGA: Nawet jeśli posiadasz dokumenty, musimy sprawdzić czy nadal przysługuje Ci ubezpieczenie medyczne. Możesz wciąż ubiegać się o ubezpieczenie Basic Health. Jeśli otrzymasz wiadomosć że, przysługują Ci nadal kupony DSHS, możesz wtedy wstrzymać podanie o Basic Health.**

**Czy już złożyłaś/eś podanie o ubezpieczenie Basic Health ?** Jeśli dotychczas nie złożyłaś/eś podania, a dowiesz się od nas że, niewszyscy domownicy kwalifikują się na ubezpieczenie medyczne przez DSHS, czy chciałbyś/chciałabyś ubiegać się o ubezpieczenie Basic Health ?

Tak ☐ Nie ☐

**Pytania prosimy kierować do miejscowego Urzędu Usług Socjalnycch – Community Service Office (CSO).**
**Jeśli nie znasz numeru dzwoń na:**
**1-800-562-3022**



Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

# Opieka Medyczna dla twojej rodziny może ulec zmianie!

**Uwaga ! Prosimy wypełnić i odesłać do 10 września 2002 roku !**

002/August 2002
POLISH

W początkach czerwca otrzymałeś pismo z Departamentu **DSHS** informujące o tym że, Twoje ubezpieczenie medyczne DSHS (kupony), lub członka Twego gospodarstwa domowego, może wygasnąć z dniem 30 czerwca 2002 roku. Chcemy upewnić się czy możesz dalszym ciągu korzystać z kuponów medycznych DSHS.

Z informacji,którę posiadamy o Tobie i członkach rodziny wnioskujemy że, nie spełniacie warunków kwalifikacyjnych na żadne inne programy medyczne. W celu sprawdzenia prawdziwości tego potrzebujemy więcej informacji. Prosimy odpowiedzieć na **Pytania** zamieszczone (na stronach 2 i 3) odnośnie każdej osoby wymienionej niżej.

**UWAGA:** Jeśli potrzebujecie pomocy proszę zadzwonic, lub przynieść formularz do miejscowego biura CSO. (CSO czasami nazywane jes biurem welfare –wydziałem d/s pomocy socjalnej, lub Biurem Usług Socjalnych- Community Services Office)

# P Y T A N I A

**Wpisz nazwisko osoby wymienionej na stronie 1-szej przy każdym pytaniu które jej dotyczy. Prosimy koniecznie załączyć informacje ,nawet jeśli zostały już podane w urzędzie CSO (biurze pomocy socjalnej welfare). Prosimy również przesłać kopie jakichkolwiek posiadanych papierów i dokumentów.**

**1) Czy ktokolwiek wymieniony na 1-szej stronie obecnie posiada papiery lub dokumenty imigracyjne ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego, oraz datę otrzymania po raz pierwszy statusu imigracyjnego**

**2) Czy ktokolwiek wymieniony na 1-szej stronie mieszkał w USA przed 22 sierpnia 1996 roku ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego. (Nie ma znaczenia czy osoba ta wjechała z papierami czy bez papierów, lub paszportu)**

**3) Czy ktoś z członków rodziny wymieniony na stronie 1-szej jest obywatelem USA ?**

**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego.**

**4) Czy ktoś z członków rodziny nie wymieniony na stronie 1-szej jest obywatelem USA ? Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego.**

**5). Czy ktokolwiek wymieniony na stronie 1-szej mieszkał z kimś kto znęcał się nad nim psychicznie lub fizycznie ?**
**Nie _____ Tak _____ Jeśli odpowiedź brzmi Tak, prosimy wpisać nazwisko członka gospodarstwa domowego,**

**Czy osoby te ubiegały się o status imigracyjny ? Tak _____ Nie _____**



Ciąg dalszy na natępnej stronie

# Status Imigracyjny i Dostępność Ubezpieczenia Medycznego

Otrzymałaś/eś pismo zawiadamiające Cię o wygaśnięciu ubezpieczenia medycznego. Jeśli należysz do poniższych grup 1 lub 2, skontaktuj się z miejscowym urzędem usług socjalnych- Community Services Office (CSO lub biurem welfare) żeby udostępnić kopie dokumentów w celu zachowania ubezpieczenia medycznego. **Jeśli nie należysz do grupy 1 lub 2 złóż podanie o ubezpieczenie Basic Health.**

## Grupa 1

**Jeśli Twój status imigracyjny jest jednym z niżej wymienionych, możesz zachować ubezpieczenie medyczne przez DSHS (niezależnie od daty wjazdu do USA)**

- Obywatel USA (status ten obejmuje również dzieci obywateli posiadające karty stałego pobytu) oraz obywatele (osoby urodzone na terytoriach takich jak: Amerykańska Samoa, Wyspa Swain, oraz mieszkańcy Północnych Wysp Mariana)
- Osoby posiadajace azyl
- Uchodźcy
- Osoby którym przyznano wstrzymanie deportacji lub wstrzymanie usunięcia z kraju
- Mieszkańcy posiadajacy karty stałego pobytu którzy wjechali jako Amer-Azjaci
- Osoby wjeżdżające z Kuby lub Haiti
- Amerykańscy Indianie urodzeni w Kanadzie bez obywatelstwa

**UWAGA:** Jeśli otrzymałaś/eś azyl, lub status uchodźcy, lub wjechałaś/eś z Kuby lub Haiti, możesz zachować ubezpieczenie medyczne nawet po otrzymaniu statusu legalnego stałego rezydenta.

**Grupa 2 i 3 na odwrocie**



## Grupa 2

**Możesz zachować ubezpieczenie medyczne jeśli Twój status imigracyjny jest jednym z niżej wymienionych i wjechałeś do USA przed 22 sierpnia 1996 roku (niezależnie od tego czy wjechałaś/eś z dokumentami i paszportem czy bez)**

- Osoby posiadające karty stałego pobytu
- Osoby którym przyznano warunkowy status parol na przynajmniej jeden rok (osoby w statusie parolu w interesie społecznym)
- Osoby (oraz ich dzieci) które złożyły podania imigracyjne o status i są ofiarami przemocy domowej.
- Osoby które wjechały warunkowo (klasyfikacja dla uchodźców przed 1980 rokiem, a więc wjechały przed datą 08//22/96)

UWAGA: Jeśli zaliczasz sie do jednej z powyższych grup i jesteś również członkiem lub weteranem sił zbrojnych Stanow Zjednoczonych (wraz ze współmałżonkami i uzależnionymi materialnie dziećmi stanu wolnego) możesz zachować ubezpieczenie medyczne niezależnie od daty wjazdu.

ORAZ: Jeśli wjechałaś/eś do USA w dniu 22 sierpnia 1996 roku, lub po tej dacie możesz zachować ubezpieczenie medyczne **jeśli upłynęło już pięć lat od czasu otrzymania niniejszego statusu**

## Grupa 3

Grupa 3. Jeśli nie posiadasz statusu wymienionego w Grupach 1 i 2 – na przykład, jesteś cudzoziemcem bez dokumentów- ubezpieczenie medyczne przez DSHS nie będzie Ci przysługiwać po 30 września. Ubiegaj się o ubezpieczenie Basic Health, ale również poinformuj biuro welfare czy któraś z poniższych sytuacji odnosi się do Ciebie:

- Ciąża
- Nagły przypadek medyczny
- Niesprawność