



## Τι είναι το EPIC;

Το πρόγραμμα «Ασφαλιστική Φαρμακευτική Κάλυψη Ηλικιωμένων» (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) είναι ένα πρόγραμμα της Πολιτείας της Νέας Υόρκης υπό τη διαχείριση του Υπουργείου Υγείας. Παρέχει στους ηλικιωμένους βοήθεια όσον αφορά τη συμμετοχή στις δαπάνες για συνταγογραφούμενα φάρμακα που καλύπτονται από το πρόγραμμα Medicare Part D **μετά την αφαίρεση οποιασδήποτε απαλλαγής του Part D**. Το EPIC καλύπτει επίσης πολλά φάρμακα που εξαιρούνται από το πρόγραμμα Medicare Part D.

- **Πίνακας χρεώσεων** τα μέλη καταβάλλουν ένα ετήσιο τέλος στο EPIC με βάση το εισόδημά τους. Η συμμετοχή του EPIC στις δαπάνες κυμαίνεται μεταξύ 3\$ - 20\$ ανάλογα με το κόστος του φαρμάκου. Οι δικαιούχοι του προγράμματος «Πλήρης Επιπλέον Βοήθεια» (Full Extra Help) από το πρόγραμμα Medicare απαλλάσσονται από την καταβολή του τέλους στο EPIC.

- **Πίνακας απαλλαγών** τα μέλη πρέπει να καλύπτουν ένα ετήσιο ποσό με βάση το εισόδημά τους πριν από την καταβολή οποιασδήποτε συμμετοχής στις δαπάνες για φάρμακα στο EPIC.

Το EPIC πληρώνει επίσης τα ασφάλιστρα του προγράμματος Medicare Part D, έως το ποσό ενός βασικού προγράμματος, για μέλη με ετήσιο εισόδημα κάτω από 23.000\$ αν είναι άγαμα ή 29.000\$ αν είναι έγγαμα.

Όσοι έχουν υψηλότερα εισοδήματα πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι τα ασφάλιστρα για την επιπλέον ασφαλιστική φαρμακευτική κάλυψή τους από το Part D.

- Ως βοήθεια για την πληρωμή, η απαλλαγή τους με βάση το EPIC μειώνεται κατά το ετήσιο κόστος ενός βασικού προγράμματος Medicare Part D.
- Οι απαλλαγές με βάση το EPIC όσον αφορά τα εισοδήματα στις σκιασμένες περιοχές του πίνακα απαλλαγών θα είναι μικρότερες από τα ποσά που εμφανίζονται.

## Ποιος μπορεί να συμμετάσχει;

- Κάθε κάτοικος της Πολιτείας της Νέας Υόρκης ηλικίας 65 ετών και άνω με ετήσιο εισόδημα έως 75.000\$ αν είναι άγαμος ή 100.00\$ αν είναι έγγαμος.
- Κάθε επιλέξιμος/-η ηλικιωμένος/-η με μειωμένες δαπάνες Medicaid χρησιμοποιώντας ή «καλύπτοντας» τη διαφορά ανάμεσα στο εισόδημά του/της και το όριο εισοδήματος του Medicaid για δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης που δεν λαμβάνει πλήρεις παροχές από το Medicaid.

## Εγγραφή στο πρόγραμμα Medicare Part D

**Όλοι οι ασφαλισμένοι του EPIC πρέπει να έχουν επιπλέον ασφαλιστική φαρμακευτική κάλυψη Part D** προκειμένου να μπορούν να λάβουν τις παροχές του EPIC. Δεδομένου ότι το EPIC είναι ένα πιστοποιημένο πολιτειακό πρόγραμμα φαρμακευτικής υποστήριξης, τα μέλη μπορούν να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα Part D κατά τη διάρκεια του έτους, αφότου κάνουν εγγραφή στο EPIC. Μπορούν επίσης να αλλάξουν το πρόγραμμά τους Medicare Part D μία φορά κατά τη διάρκεια του έτους.

## Με το πρόγραμμα «Επιπλέον Βοήθεια» μπορείτε να εξοικονομήσετε χρήματα!

Το EPIC θα χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που παρέχονται σε αυτή την αίτηση για την υποβολή αίτησης για ένταξη στο πρόγραμμα «Επιπλέον Βοήθεια» (Extra Help) εκ μέρους του ηλικιωμένου, εφόσον πληροί τα εισοδηματικά κριτήρια, και μόνο οι γραμμές 1-3 θα χρησιμοποιηθούν για τη χορήγηση παροχών EPIC.

- Οι ηλικιωμένοι που ήδη λαμβάνουν παροχές του προγράμματος «Επιπλέον Βοήθεια» μπορούν να στείλουν μαζί με το έντυπο της αίτησής τους αντίγραφο της επιστολής χορήγησης παροχών από την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Administration).
- Σε περίπτωση έγκρισης για ένταξη στο πρόγραμμα «Πλήρης Επιπλέον Βοήθεια», ο/η ηλικιωμένος/-η θα έχει χαμηλότερη συμμετοχή στις δαπάνες και δεν θα έχει κανένα κενό όσον αφορά την ασφαλιστική του κάλυψη από το πρόγραμμα Medicare Part D. Τα προγράμματα Medicare και EPIC θα καλύπτουν το σύνολο ή το μεγαλύτερο μέρος του μηνιαίου ασφαλίστρου του προγράμματος Part D.

## Πώς να υποβάλετε αίτηση

- Συμπληρώστε την αίτηση, υπογράψτε την και ταχυδρομήστε την στην παρακάτω διεύθυνση.
- Αναφέρετε το συνολικό σας εισόδημα καθώς και το εισόδημα του/της συζύγου σας, αν ζείτε μαζί (ακόμη και αν μόνο ο ένας υποβάλλει αίτηση) και το έντυπο πρέπει να υπογράφεται και από τους δύο.
- Μπορείτε να υποβάλετε χωριστή αίτηση ή οι σύζυγοι που ζουν μαζί μπορούν να χρησιμοποιήσουν το ίδιο έντυπο. Επιλέξτε «Άγαμος/-η» εάν είστε άγαμος/-η, διαζευγμένος/-η, χήρος/χήρα ή εάν ο/η σύζυγός σας δεν ζει μαζί σας (π.χ. σε οικο ευγηρίας). Επιλέξτε «Έγγαμος/-η» εάν εσείς και ο/η σύζυγός σας ζείτε υπό την ίδια στέγη.

Για περισσότερες πληροφορίες, καλέστε τη δωρεάν γραμμή βοήθειας του EPIC στο **1-800-332-3742** (TTY **1-800-290-9138**)

Κάντε λήψη του εντύπου αίτησης από την ιστοσελίδα στη διεύθυνση:

[http://health.ny.gov/health\\_care/epic/application\\_contact.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm) επιλέξτε τη γλώσσα που προτιμάτε

ή στείλτε επιστολή στη διεύθυνση: EPIC

P.O. Box 15018

Albany, NY 12212-5018.

## Εισόδημα προηγούμενου έτους

Οι γραμμές 1-3 χρησιμοποιούνται τη χορήγηση των παροχών σας EPIIC. Αν είστε ΕΓΓΑΜΟΣ/-Η και ζείτε με τον/τη σύζυγό σας, συμπληρώστε τα στοιχεία και των δύο σας. Χρησιμοποιώντας το ποσό (τα ποσά) στη γραμμή 3, ανατρέξτε στον πίνακα εισφορών EPIIC στο πίσω μέρος αυτής της σελίδας για να επιλέξετε το πρόγραμμά σας και, με βάση το εισόδημά σας, την ετήσια εισφορά ή την ετήσια απαλλαγή.

## Προϋποθέσεις για το πρόγραμμα «Επιπλέον Βοήθεια»

Οι ηλικιωμένοι που ήδη πληρούν τις προϋποθέσεις για τα προγράμματα «Εξοικονόμηση χρημάτων Medicare» (Medicare Savings) πληρούν αυτόματα τις προϋποθέσεις για το πρόγραμμα «Επιπλέον Βοήθεια». Στείλτε αντίγραφο της επιστολής χορήγησης παροχών. Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις, μπορείτε να παραλείψετε τις γραμμές 4 έως 22.

## Τρέχον μηνιαίο εισόδημα

- Γραμμές 4-9. Καταχωρίστε το τρέχον μηνιαίο εισόδημα πριν από την αφαίρεση των κρατήσεων για κάθε κατηγορία, π.χ. κοινωνική ασφάλιση, βετεράνοι. Αν το ποσό μεταβάλλεται κάθε μήνα, υπολογίστε το μέσο μηνιαίο εισόδημα των τελευταίων 12 μηνών για κάθε γραμμή. ΜΗΝ συμπεριλάβετε μισθούς και εισοδήματα από αυτοαπασχόληση, έσοδα από τόκους, μερίσματα, κοινωνική αρωγή, επιστροφές ιατρικών δαπανών ή πληρωμές για αναδοχή. Αν δεν έχετε εισόδημα να δηλώσετε σε αυτή τη γραμμή, εισάγετε 0\$.
- Γραμμή 8α. Προσδιορίστε τον ΤΥΠΟ των λοιπών εισοδημάτων που δηλώνετε εσείς ή ο/η σύζυγός σας, όπως επιδόματα διατροφής, καθαρά έσοδα από μισθώματα, αποζημίωση εργαζομένων ή ιδιωτικές ή κρατικές παροχές αναπηρίας κ.λπ., στη γραμμή 5
- Γραμμή 10. Σημειώστε εάν κάποιο από τα ποσά που αναφέρονται στις γραμμές 4-8 μειώθηκε τα τελευταία δύο έτη.

## Περιουσιακά στοιχεία

- Γραμμές 11-14. Αναφέρετε το τρέχον (ή κατά προσέγγιση) υπόλοιπο των τραπεζικών λογαριασμών, των επενδύσεων ή των μετρητών που ανήκουν σε εσάς, στον/στη σύζυγό σας (εάν είστε έγγαμοι και ζείτε μαζί) ή και στους δύο. Συμπεριλάβετε μετρητά ή επενδύσεις που ανήκουν σε εσάς ή σε άλλο πρόσωπο. **ΜΗΝ συμπεριλάβετε την κατοικία σας, τα οχήματά σας, τυχόν οικογενειακούς τάφους, προσωπικά σας υπάρχοντα ή αναδρομικές πληρωμές ή εισόδημα από την Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (SSI). Σε κάθε γραμμή, εισαγάγετε 0\$, αν δεν υπάρχει κάτι.**

## Λοιπά έξοδα και έσοδα

Αν είστε ΑΓΑΜΟΣ/-Η, απαντήστε στις ερωτήσεις (12-14) με βάση το εισόδημα και τα περιουσιακά σας στοιχεία. Αν είστε ΕΓΓΑΜΟΣ/-Η και ζείτε με τον/τη σύζυγό σας, απαντήστε στις ερωτήσεις (12-14) με βάση το ΣΥΝΟΛΙΚΟ εισόδημα και τα περιουσιακά σας στοιχεία, ανάλογα με την περίπτωση.

- Γραμμή 15. Επιλέξτε «Ναι» αν αναμένετε ότι τα μετρητά ή χρήματα από οποιεσδήποτε επενδύσεις αναφέρονται στην ενότητα «Περιουσιακά στοιχεία» στις γραμμές (8-10) θα χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη εξόδων κηδείας ή ταφής για εσάς ή τον/τη σύζυγό σας. Διαφορετικά, επιλέξτε «Όχι».
  - Γραμμή 16. Επιλέξτε «Ναι» αν εσείς ή ο/η σύζυγός σας κατέχετε άλλα ακίνητα εκτός από την οικία σας (π.χ.: εξοχική κατοικία, ενοικιαζόμενα ακίνητα ή αναξιοποίητα οικόπεδα, τα οποία είναι χωριστά από την οικία σας). Διαφορετικά, επιλέξτε «Όχι».
  - Γραμμή 17. Εισαγάγετε τον αριθμό των συγγενών που ζουν μαζί σας και εξαρτώνται από εσάς ή τον/τη σύζυγό σας για τουλάχιστον το ήμισυ της οικονομικής τους υποστήριξης. Στους συγγενείς μπορεί να περιλαμβάνονται όλα τα άτομα που έχουν συγγενική σχέση με εσάς εξ αίματος, εξ αγχιστείας ή μέσω υιοθεσίας. Εισαγάγετε 0 εάν αυτή η ερώτηση είναι άνευ αντικειμένου.
- Απαντήστε στις ερωτήσεις 18-22 μόνο εάν εσείς και ο/η σύζυγός σας (εφόσον ζείτε μαζί) ΕΧΕΤΕ εργαστεί τα τελευταία δύο έτη. Διαφορετικά, αφήστε τις ερωτήσεις 18-22 κενές.**

- Γραμμή 18. Υπολογίστε κατά προσέγγιση το ποσό που εσείς ή ο/η σύζυγός σας αναμένετε να εισπράξετε από μισθούς **προ φόρων και κρατήσεων** κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος.
- Γραμμή 19. Αν είστε αυτοαπασχολούμενος/-η, υπολογίστε κατά προσέγγιση το ποσό που εσείς ή ο/η σύζυγός σας αναμένετε να εισπράξετε ή να απολέσετε κατά το τρέχον ημερολογιακό έτος. Αν προβλέπετε απώλεια, εισαγάγετε αρνητικό ποσό.
- Γραμμή 20. Επιλέξτε «Ναι» εάν κάποιο από τα ποσά που αναφέρονται στις γραμμές 18 ή 19 μειώθηκε τα τελευταία δύο έτη. Διαφορετικά, επιλέξτε «Όχι».
- Γραμμή 21. Εισαγάγετε τον μήνα και το έτος (MM/EEEE) που σταματήσατε να εργάζεστε ή σκοπεύετε να σταματήσετε να εργάζεστε. Αφήστε αυτό το πεδίο κενό εάν εσείς ή ο/η σύζυγός σας σκοπεύετε να συνεχίσετε να εργάζεστε.
- Γραμμή 22. Επιλέξτε «Ναι» ή «Όχι» αν εσείς ή ο/η σύζυγός σας πληρώνετε για πράγματα που επιτρέπουν στον/στη σύζυγό σας να εργάζεται. Παραδείγματα εξόδων αυτού του είδους είναι: αναπηρικό αμαξίδιο, κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για ασθένειες, υπηρεσίες προσωπικού βοηθού, τροποποίηση οχημάτων ή άλλες ανάγκες μεταφοράς, τεχνολογία υποβοήθησης σχετική με την εργασία, έξοδα για σκύλους-οδηγούς, αισθητηριακά και οπτικά βοηθήματα και μεταφράσεις γραμμένες με τη μέθοδο Μπράιγ. Επιλέξτε A/A (άνευ αντικειμένου) αν είστε άγαμος/-η ή ο/η σύζυγός σας είναι 65 ετών και άνω.
- Γραμμή 23. Εάν ήδη λαμβάνετε παροχές του προγράμματος «Επιπλέον Βοήθεια», βεβαιωθείτε ότι έχετε επισυνάψει αντίγραφο της επιστολής χορήγησης παροχών.



## Συμπληρώστε με ευανάγνωστα κεφαλαία γράμματα!

Ποιος/-α υποβάλει την αίτηση και για ποιον/-α;  Μόνο για τον εαυτό σας  Για τον εαυτό σας και τον/τη σύζυγό σας  Μόνο για το πρόγραμμα «Επιπλέον Βοήθεια»

Το επώνυμό σας Το όνομά σας Το μεσαίο αρχικό σας Αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης

Υπόψη «ονοματεπώνυμο» (αν διαφέρει από το παραπάνω) Φύλο

Θήλυ  Άρρεν  Χ

Διεύθυνση κατοικίας σας (όχι Τ.Θ.) Η ημερομηνία γέννησής σας

Μήνας / Ημέρα / Έτος

Πόλη Πολιτεία Τ.Κ. Ο αριθμός τηλεφώνου σας

Κωδικός περιοχής ( )

Διεύθυνση στην οποία λαμβάνετε την αλληλογραφία σας (αν διαφέρει από την παραπάνω) Οικογενειακή κατάσταση

Χήρος/-α, Άγαμος/-η, Διαζευγμένος/-η  
 Έγγαμος/-η, ζείτε μαζί  
 Έγγαμος/-η, ζείτε χωριστά

Πόλη Πολιτεία Τ.Κ. Αριθμός μητρώου κοινωνικής ασφάλισης συζύγου

Όνοματεπώνυμο συζύγου (αν είναι εν ζωή) Επώνυμο Όνομα Μεσαίο αρχικό

\_\_\_\_\_

Αριθμός τηλεφώνου συζύγου Ημερομηνία γέννησης συζύγου

Μήνας / Ημέρα / Έτος

Κωδικός περιοχής ( ) Φύλο συζύγου

Θήλυ  Άρρεν  Χ

Εισαγάγετε τον αριθμό της αίτησης αποζημίωσης Medicare (μπλε, λευκή και κόκκινη κάρτα)

Εισαγάγετε τον αριθμό της αίτησης αποζημίωσης Medicare του/της συζύγου σας (μπλε, λευκή και κόκκινη κάρτα)

Αν είστε ήδη ασφαλισμένος/-η στο EPIC, εισαγάγετε τον αριθμό ταυτότητας του EPIC σας

Αν ο/η σύζυγός σας είναι ασφαλισμένος/-η στο EPIC, εισαγάγετε τον αριθμό ταυτότητας EPIC του/της συζύγου σας

## Χορήγηση παροχών EPIC: Αναφέρετε το συνολικό σας εισόδημα του προηγούμενου ημερολογιακού έτους.

Αν είστε έγγαμος/-η και ζείτε μαζί, πρέπει να αναφέρετε το συνολικό ετήσιο εισόδημα του προηγούμενου έτους, τόσο το δικό σας όσο και του/της συζύγου σας, ακόμη και αν μόνο ένας από τους δύο υποβάλλει την αίτηση. Αν είστε έγγαμος/-η αλλά ζείτε χωριστά, αναφέρετε μόνο το ετήσιο εισόδημά σας. Για να υπολογίσετε το ετήσιο εισόδημα, πολλαπλασιάστε τα μηνιαία ποσά επί 12. Οι γραμμές 1-3 χρησιμοποιούνται για τη χορήγηση παροχών σας EPIC.

	Το ετήσιο εισόδημά σας	Ετήσιο εισόδημα του/της συζύγου
1. Παροχές κοινωνικής ασφάλισης και/ή συνταξιοδοτικές παροχές σιδηροδρομικών υπαλλήλων (μειον τις εισφορές Medicare Part B) που σας καταβάλλονται με επιταγή ή άμεση κατάθεση.	_____ \$	_____ \$
2. Λοιπά εισοδήματα: Συμπεριλάβετε συντάξεις, ετήσιες προσόδους, τόκους, μερίσματα, διανομές από τη φορολογική αρχή των ΗΠΑ (IRA), κεφαλαιακά κέρδη, μισθούς, έσοδα ή ζημίες από επιχειρηματικές δραστηριότητες, καθαρά έσοδα από μισθώματα κ.λπ.	_____ \$	_____ \$
3. Συνολικό ΕΤΗΣΙΟ εισόδημα (άθροισμα γραμμών 1 και 2)	_____ \$	_____ \$

**Χορήγηση παροχών «Επιπλέον Βοήθεια»: Αναφέρετε το συνολικό τρέχον μηνιαίο εισόδημά σας.**

Το EPIC θα χρησιμοποιήσει τις απαντήσεις σας στις γραμμές 4-22 για να υποβάλει αίτηση εκ μέρους σας για μια ομοσπονδιακή παροχή που ονομάζεται «Επιπλέον Βοήθεια» (Extra Help). Αυτό απαιτείται από τον νόμο για να λάβετε τις παροχές του EPIC. Αν λαμβάνετε ήδη παροχές «Επιπλέον Βοήθεια», προχωρήστε στη γραμμή 23 (παραλείψετε τις γραμμές 4-22) για να αναφέρετε ότι επισυνάπτετε αντίγραφο της επιστολής χορήγησης παροχών σας.

**ΤΡΕΧΟΝΤΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΠΟΣΑ (Εισαγάγετε 0\$ αν δεν υπάρχει εισόδημα)**

**Το εισόδημά σας**

**Εισόδημα του/της συζύγου**

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| 4. Μηνιαίες παροχές κοινωνικής ασφάλισης πριν από την αφαίρεση των κρατήσεων  | _____ \$ | _____ \$ |
| 5. Μηνιαίες συνταξιοδοτικές παροχές σιδηροδρομικών υπαλλήλων πριν από την αφαίρεση των κρατήσεων  | _____ \$ | _____ \$ |
| 6. Μηνιαία επιδόματα βετεράνων πριν από την αφαίρεση των κρατήσεων  | _____ \$ | _____ \$ |
| 7. Μηνιαίως – Λοιπές συντάξεις και ετήσιες πρόσοδοι πριν από την αφαίρεση των κρατήσεων (εξαιρουμένων των ποσών που αναφέρονται στην ενότητα <b>Περιοριστικά στοιχεία</b> παρακάτω)                       | _____ \$ | _____ \$ |
| 8. Μηνιαίως – Λοιπά εισοδήματα που δεν αναφέρονται παραπάνω (συμπεριλαμβανομένων επιδομάτων διατροφής, καθαρών εσόδων από μισθώματα, αποζημιώσεων εργαζομένων, ιδιωτικών ή κρατικών επιδομάτων αναπηρίας) | _____ \$ | _____ \$ |
| <b>8Α. Προσδιορίστε τον ΤΥΠΟ των λοιπών εισοδημάτων (γραμμή 8):</b>   | _____    | _____    |
| <b>9. Συνολικό ΜΗΝΙΑΙΟ εισόδημα (Άθροισμα γραμμών 4-8)</b>  | _____ \$ | _____ \$ |

Εάν το εισόδημά σας υπερβαίνει το όριο που έχει τεθεί για το πρόγραμμα «Επιπλέον Βοήθεια» για το ημερολογιακό έτος για το οποίο υποβάλλετε αίτηση (ανατρέξτε στον ιστότοπο του EPIC στη διεύθυνση [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/medicare.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm) ή στον ιστότοπο της Υπηρεσίας Κοινωνικής Ασφάλισης στη διεύθυνση <http://www.ssa.gov>), παραλείψτε τις γραμμές 10-22 και συνεχίστε. Αν δεν έχετε πρόσβαση στο διαδίκτυο, καλέστε τη γραμμή βοήθειας του EPIC στο: 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138).

- |   |   |
|---|---|
| 10. Μειώθηκε κάποιο από τα ποσά που αναφέρονται στις γραμμές 4-8 κατά τα τελευταία δύο έτη;   | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| 11. Τραπεζικοί λογαριασμοί – συνολικό τρέχον υπόλοιπο (τρεχούμενοι λογαριασμοί, λογαριασμοί ταμιευτηρίου, λογαριασμοί με στοιχεία τρεχούμενου λογαριασμού και λογαριασμοί ταμιευτηρίου, πιστοποιητικά καταθέσεων) | _____ \$  |
| 12. Μετοχές, ομόλογα, αποταμιευτικά ομόλογα, αμοιβαία κεφάλαια, ατομικοί συνταξιοδοτικοί λογαριασμοί ή άλλες παρόμοιες επενδύσεις   | _____ \$  |
| 13. Μετρητά στο σπίτι ή οπουδήποτε αλλού  | _____ \$  |
| 14. <b>Σύνολο περιοριστικών στοιχείων (Άθροισμα γραμμών 11-13)</b>  | _____ \$  |

Εάν το εισόδημά σας υπερβαίνει το όριο που έχει τεθεί για το πρόγραμμα «Επιπλέον Βοήθεια» για το ημερολογιακό έτος για το οποίο υποβάλλετε αίτηση (ανατρέξτε στον ιστότοπο του EPIC στη διεύθυνση [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/medicare.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm) ή στον ιστότοπο των Κέντρων Παροχής Υπηρεσιών Medicare και Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)], παραλείψτε τις γραμμές 15-22 και συνεχίστε.

- |  |   |
|--|---|
| 15. Τα περιοριστικά σας στοιχεία πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για έξοδα κηδείας ή ταφής;   | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| 16. Έχετε στην ιδιοκτησία σας άλλα ακίνητα εκτός από την κατοικία σας;   | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| 17. Πόσοι συγγενείς που ζουν μαζί σας εξαρτώνται από εσάς για τουλάχιστον το ήμισυ της οικονομικής τους υποστήριξης; (μη συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας ή του/της συζύγου σας) | _____   |
| 18. Τι αναμένετε να εισπράξετε από μισθούς προ φόρων και κρατήσεων για το τρέχον ημερολογιακό έτος;  | Εσείς: _____ \$<br>Ο/Η σύζυγος: _____ \$                  |
| 19. Εάν είστε αυτοαπασχολούμενος/-η, ποια είναι τα αναμενόμενα καθαρά έσοδα ή ζημιές σας για το τρέχον ημερολογιακό έτος;  | Εσείς: _____ \$<br>Ο/Η σύζυγος: _____ \$                  |
| 20. Έχουν μειωθεί τα ποσά που αναφέρονται στις γραμμές 18 ή 19 κατά τα τελευταία δύο έτη;  | <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι |
| 21. Εάν σταματήσατε πρόσφατα να εργάζεστε ή σκοπεύετε να σταματήσετε να εργάζεστε, εισαγάγετε τον μήνα και το έτος (παράδειγμα: 09/2018)   | Εσείς: _____ / 20 _____<br>Ο/Η σύζυγος: _____ / 20 _____  |

22. Εάν ο/η σύζυγός σας είναι κάτω των 65 ετών και είναι τυφλός/-η ή ανάπηρος/-η, πληρώνετε εσείς ή ο/η σύζυγός σας για πράγματα που επιτρέπουν στον/στη σύζυγό σας να εργάζεται;

Ναι  Όχι  Α/Α

23. Εάν πληροίτε ήδη τις προϋποθέσεις για το πρόγραμμα Medicare Savings και λαμβάνετε παροχές «Επιπλέον Βοήθεια», έχετε επισυνάψει αντίγραφο της επιστολής χορήγησης παροχών;

Ναι  Όχι  Α/Α

Εάν κάποιος σας βοήθησε να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο, αναφέρετε το όνομά του, τη διεύθυνσή του και τον αριθμό τηλεφώνου του.

Όνοματεπώνυμο με κεφαλαία

Αριθμός τηλεφώνου (συμπεριλαμβανομένου του κωδικού περιοχής)  
( )

Ταχυδρομική διεύθυνση

Πόλη/Πολιτεία/Τ.Κ.

### Διαβάστε προσεκτικά και υπογράψτε παρακάτω:

Επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που περιέχονται στο παρόν έντυπο είναι σωστές. Διαμένω στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης και προς το παρόν δεν λαμβάνω πλήρεις παροχές Medicaid. Γνωρίζω ότι πρέπει να προσκομίσω αποδεικτικά στοιχεία για την ηλικία, το εισόδημα, τον τόπο διαμονής, το καθεστώς Medicare και το πρόγραμμα φαρμακευτικής περίθαλψης Medicare Part D, κατά περίπτωση. Γνωρίζω επίσης ότι πρέπει να κάνω εγγραφή σε ένα πρόγραμμα φαρμακευτικής περίθαλψης Medicare Part D προκειμένου να εγγραφώ στο EPIC. Αντιλαμβάνομαι ότι τυχόν αδυναμία παροχής των απαραίτητων στοιχείων ταυτοποίησης για την εγγραφή σε πρόγραμμα του Part D ή για τη λήψη επιδότησης Medicare (Πρόσθετη Βοήθεια), εάν πληρώ τις προϋποθέσεις, μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της κάλυψης από το EPIC. Παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την ανταλλαγή όλων των πληροφοριών που είναι απαραίτητες για την επαλήθευση της επιλεξιμότητάς μου ανάμεσα και μεταξύ του EPIC, της Υπηρεσίας Κοινωνικής Ασφάλισης (Social Security Administration), του Medicare, του Προγράμματος Medicaid της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, των Φορολογικών Υπηρεσιών της Πολιτείας της Νέας Υόρκης (NYS Tax Department), των προγραμμάτων φαρμακευτικής κάλυψης Medicare Part D και κάθε άλλου αναγκαίου φορέα. Σε περίπτωση διπλής πληρωμής ή καταβολής πλεοναζόντων ποσών από το EPIC, εκχωρώ στο EPIC τυχόν φαρμακευτικές παροχές τις οποίες ενδέχεται να δικαιούμαι βάσει οποιουδήποτε προγράμματος Part D ή κρατικού προγράμματος. Εξουσιοδοτώ τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψής μου να κοινοποιήσουν στο πρόγραμμα EPIC τις πληροφορίες για την υγεία μου που αφορούν συνταγές και/ή διαγνώσεις, οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν για πληρωμές, ελέγχους ή συναφείς υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Εσείς (και ο/η σύζυγός σας αν ζείτε μαζί) πρέπει να υπογράψετε παρακάτω:

Η υπογραφή σας (νόμιμος εκπρόσωπος)

Ημερομηνία

Υπογραφή του/της συζύγου (νόμιμος εκπρόσωπος)

Ημερομηνία

**Προσοχή: Εάν δικαιούστε παροχές «Επιπλέον Βοήθεια» και δεν συμπληρώσετε τις γραμμές 4-22 ή δεν προσκομίσετε αντίγραφο της επιστολής χορήγησης παροχών της Υπηρεσίας Κοινωνικής Ασφάλισης, τότε η αίτησή σας θα θεωρηθεί ελλιπής.**

Στείλτε την παρούσα συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση: EPIC  
P.O. Box 15018  
Albany, NY 12212-5018  
ή μέσω φαξ στο αριθμό: (518) 452-3576



Department  
of Health

EPIC  
Elderly Pharmaceutical  
Insurance Coverage  
Program

### ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ

Η αίτηση αυτή θα εξεταστεί χωρίς να ληφθούν υπόψη η φυλή, το χρώμα, η εθνική καταγωγή, η ηλικία, το φύλο ή τυχόν αναπηρία.

## Πίνακας εισφορών EPIC

## Πίνακας χρεώσεων προγράμματος

Άγαμος/-η	Ετήσιο εισόδημα	Ετήσια χρέωση
		Έως 6.000 \$
	6.001 \$ – 7.000 \$	16 \$
	7.001 \$ – 8.000 \$	22 \$
	8.001 \$ – 9.000 \$	28 \$
	9.001 \$ – 10.000 \$	36 \$
	10.001 \$ – 11.000 \$	40 \$
	11.001 \$ – 12.000 \$	46 \$
	12.001 \$ – 13.000 \$	54 \$
	13.001 \$ – 14.000 \$	60 \$
	14.001 \$ – 15.000 \$	80 \$
	15.001 \$ – 16.000 \$	110 \$
	16.001 \$ – 17.000 \$	140 \$
	17.001 \$ – 18.000 \$	170 \$
	18.001 \$ – 19.000 \$	200 \$
	19.001 \$ – 20.000 \$	230 \$
	Πάνω από 20.000 \$	Βλ. πίνακα απαλλαγών

Έγγαμος/-η	Κοινό ετήσιο εισόδημα	Ετήσια χρέωση (ανά άτομο)
		Έως 6.000 \$
	6.001 \$ – 7.000 \$	12 \$
	7.001 \$ – 8.000 \$	16 \$
	8.001 \$ – 9.000 \$	20 \$
	9.001 \$ – 10.000 \$	24 \$
	10.001 \$ – 11.000 \$	28 \$
	11.001 \$ – 12.000 \$	32 \$
	12.001 \$ – 13.000 \$	36 \$
	13.001 \$ – 14.000 \$	40 \$
	14.001 \$ – 15.000 \$	40 \$
	15.001 \$ – 16.000 \$	84 \$
	16.001 \$ – 17.000 \$	106 \$
	17.001 \$ – 18.000 \$	126 \$
	18.001 \$ – 19.000 \$	150 \$
	19.001 \$ – 20.000 \$	172 \$
	20.001 \$ – 21.000 \$	194 \$
	21.001 \$ – 22.000 \$	216 \$
	22.001 \$ – 23.000 \$	238 \$
	23.001 \$ – 24.000 \$	260 \$
	24.001 \$ – 25.000 \$	275 \$
	25.001 \$ – 26.000 \$	300 \$
	Πάνω από 26.000 \$	Βλ. πίνακα απαλλαγών



Department  
of Health

EPIC  
Elderly Pharmaceutical  
Insurance Coverage  
Program

## Πίνακας εισφορών ERIC

## Πίνακας απαλλαγών προγράμματος

Σκιασμένες περιοχές – Η απαλλαγή του ERIC θα είναι μικρότερη από το ποσό που εμφανίζεται.

Ετήσιο εισόδημα	Ετήσια απαλλαγή	Κοινό ετήσιο εισόδημα	Ετήσια απαλλαγή (ανά άτομο)	Κοινό ετήσιο εισόδημα	Ετήσια απαλλαγή (ανά άτομο)
Κάτω από 20.000 \$	Βλ. πίνακα χρεώσεων	Κάτω από 26.000 \$	Βλ. πίνακα χρεώσεων	60,001 \$ – 61,000 \$	2,045 \$
20,001 \$ – 21,000 \$	530 \$	26,001 \$ – 27,000 \$	650 \$	61,001 \$ – 62,000 \$	2,075 \$
21,001 \$ – 22,000 \$	550 \$	27,001 \$ – 28,000 \$	675 \$	62,001 \$ – 63,000 \$	2,105 \$
22,001 \$ – 23,000 \$	580 \$	28,001 \$ – 29,000 \$	700 \$	63,001 \$ – 64,000 \$	2,135 \$
23,001 \$ – 24,000 \$	720 \$	29,001 \$ – 30,000 \$	725 \$	64,001 \$ – 65,000 \$	2,165 \$
24,001 \$ – 25,000 \$	750 \$	30,001 \$ – 31,000 \$	900 \$	65,001 \$ – 66,000 \$	2,195 \$
25,001 \$ – 26,000 \$	780 \$	31,001 \$ – 32,000 \$	930 \$	66,001 \$ – 67,000 \$	2,225 \$
26,001 \$ – 27,000 \$	810 \$	32,001 \$ – 33,000 \$	960 \$	67,001 \$ – 68,000 \$	2,255 \$
27,001 \$ – 28,000 \$	840 \$	33,001 \$ – 34,000 \$	990 \$	68,001 \$ – 69,000 \$	2,285 \$
28,001 \$ – 29,000 \$	870 \$	34,001 \$ – 35,000 \$	1,020 \$	69,001 \$ – 70,000 \$	2,315 \$
29,001 \$ – 30,000 \$	900 \$	35,001 \$ – 36,000 \$	1,050 \$	70,001 \$ – 71,000 \$	2,345 \$
30,001 \$ – 31,000 \$	930 \$	36,001 \$ – 37,000 \$	1,080 \$	71,001 \$ – 72,000 \$	2,375 \$
31,001 \$ – 32,000 \$	960 \$	37,001 \$ – 38,000 \$	1,110 \$	72,001 \$ – 73,000 \$	2,405 \$
32,001 \$ – 33,000 \$	1,160 \$	38,001 \$ – 39,000 \$	1,140 \$	73,001 \$ – 74,000 \$	2,435 \$
33,001 \$ – 34,000 \$	1,190 \$	39,001 \$ – 40,000 \$	1,170 \$	74,001 \$ – 75,000 \$	2,465 \$
34,001 \$ – 35,000 \$	1,230 \$	40,001 \$ – 41,000 \$	1,200 \$	75,001 \$ – 76,000 \$	2,495 \$
35,001 \$ – 36,000 \$	1,260 \$	41,001 \$ – 42,000 \$	1,230 \$	76,001 \$ – 77,000 \$	2,525 \$
36,001 \$ – 37,000 \$	1,290 \$	42,001 \$ – 43,000 \$	1,260 \$	77,001 \$ – 78,000 \$	2,555 \$
37,001 \$ – 38,000 \$	1,320 \$	43,001 \$ – 44,000 \$	1,290 \$	78,001 \$ – 79,000 \$	2,585 \$
38,001 \$ – 39,000 \$	1,350 \$	44,001 \$ – 45,000 \$	1,320 \$	79,001 \$ – 80,000 \$	2,615 \$
39,001 \$ – 40,000 \$	1,380 \$	45,001 \$ – 46,000 \$	1,350 \$	80,001 \$ – 81,000 \$	2,645 \$
40,001 \$ – 41,000 \$	1,410 \$	46,001 \$ – 47,000 \$	1,380 \$	81,001 \$ – 82,000 \$	2,675 \$
41,001 \$ – 42,000 \$	1,440 \$	47,001 \$ – 48,000 \$	1,410 \$	82,001 \$ – 83,000 \$	2,705 \$
42,001 \$ – 43,000 \$	1,470 \$	48,001 \$ – 49,000 \$	1,440 \$	83,001 \$ – 84,000 \$	2,735 \$
43,001 \$ – 44,000 \$	1,500 \$	49,001 \$ – 50,000 \$	1,470 \$	84,001 \$ – 85,000 \$	2,765 \$
44,001 \$ – 45,000 \$	1,530 \$	50,001 \$ – 51,000 \$	1,500 \$	85,001 \$ – 86,000 \$	2,795 \$
45,001 \$ – 46,000 \$	1,560 \$	51,001 \$ – 52,000 \$	1,530 \$	86,001 \$ – 87,000 \$	2,825 \$
46,001 \$ – 47,000 \$	1,590 \$	52,001 \$ – 53,000 \$	1,560 \$	87,001 \$ – 88,000 \$	2,855 \$
47,001 \$ – 48,000 \$	1,620 \$	53,001 \$ – 54,000 \$	1,590 \$	88,001 \$ – 89,000 \$	2,885 \$
48,001 \$ – 49,000 \$	1,650 \$	54,001 \$ – 55,000 \$	1,620 \$	89,001 \$ – 90,000 \$	2,915 \$
49,001 \$ – 50,000 \$	1,680 \$	55,001 \$ – 56,000 \$	1,650 \$	90,001 \$ – 91,000 \$	2,945 \$
50,001 \$ – 51,000 \$	1,710 \$	56,001 \$ – 57,000 \$	1,680 \$	91,001 \$ – 92,000 \$	2,975 \$
51,001 \$ – 52,000 \$	1,740 \$	57,001 \$ – 58,000 \$	1,710 \$	92,001 \$ – 93,000 \$	3,005 \$
52,001 \$ – 53,000 \$	1,770 \$	58,001 \$ – 59,000 \$	1,740 \$	93,001 \$ – 94,000 \$	3,035 \$
53,001 \$ – 54,000 \$	1,800 \$	59,001 \$ – 60,000 \$	1,770 \$	94,001 \$ – 95,000 \$	3,065 \$
54,001 \$ – 55,000 \$	1,830 \$			95,001 \$ – 96,000 \$	3,095 \$
55,001 \$ – 56,000 \$	1,860 \$			96,001 \$ – 97,000 \$	3,125 \$
56,001 \$ – 57,000 \$	1,890 \$			97,001 \$ – 98,000 \$	3,155 \$
57,001 \$ – 58,000 \$	1,920 \$			98,001 \$ – 99,000 \$	3,185 \$
58,001 \$ – 59,000 \$	1,950 \$			99,001 \$ – 100,000 \$	3,215 \$
59,001 \$ – 60,000 \$	1,980 \$			Πάνω από 100.000 \$	Μη επιλέξιμος/-η
60,001 \$ – 61,000 \$	2,010 \$				
61,001 \$ – 62,000 \$	2,040 \$				
62,001 \$ – 63,000 \$	2,070 \$				
63,001 \$ – 64,000 \$	2,100 \$				
64,001 \$ – 65,000 \$	2,130 \$				
65,001 \$ – 66,000 \$	2,160 \$				
66,001 \$ – 67,000 \$	2,190 \$				
67,001 \$ – 68,000 \$	2,220 \$				
68,001 \$ – 69,000 \$	2,250 \$				
69,001 \$ – 70,000 \$	2,280 \$				
70,001 \$ – 71,000 \$	2,310 \$				
71,001 \$ – 72,000 \$	2,340 \$				
72,001 \$ – 73,000 \$	2,370 \$				
73,001 \$ – 74,000 \$	2,400 \$				
74,001 \$ – 75,000 \$	2,430 \$				
Πάνω από 75.000 \$	Μη επιλέξιμος/-η				