

# Винятки з правил щодо роботи або іншої діяльності для учасників Плану охорони здоров'я штату Орегон



## Пояснення та контрольний список винятків

### Що потрібно знати:

- Через зміни у федеральному законодавстві, починаючи з 1 січня 2027 року, більшість дорослих віком від 19 до 64 років, які беруть участь у Плані охорони здоров'я штату Орегон (ОНР), повинні працювати, навчатися, займатися волонтерською діяльністю, проходити професійне навчання або відповідати вимогам для звільнення від цих правил, коли вони подають заяву на участь в ОНР або поновлюють її (ОНР також називають програмою Medicaid). Підтримуйте свою контактну інформацію в актуальному стані та відповідайте на листи щодо поновлення.
- Виняток — це причина, через яку Вам не потрібно дотримуватися цих правил або Ви не можете їм відповідати. Можливо, Вам потрібно буде повідомити нас про свою ситуацію або надати підтвердження.
- У цьому посібнику пояснюється кожен виняток, як визначити, чи стосується він Вас, і що робити далі.



**Інструкції:** Щодо кожного винятку запитайте себе: «Чи стосується це мене?» Якщо так, виконайте відповідний(-і) крок(-и), щоб підтвердити, що Ви відповідаєте вимогам.

### Як отримати допомогу або повідомити свою інформацію:

- Увійдіть у свій обліковий запис ONE Online або мобільний застосунок Oregon ONE за адресою <https://benefits.oregon.gov>. НОБЕ: Цілодобово без вихідних доступна допомога чат-бота для відповідей на запитання щодо відповідності вимогам.
- Зателефонуйте за номером 800-699-9075. Приймаються дзвінки через службу ретрансляції.
- Особисто у місцевому офісі Департаменту соціального забезпечення штату Орегон (ODHS). Знайдіть потрібний офіс за адресою <https://ODHSoffices.oregon.gov>.
- За допомогою консультанта з питань ОНР. Знайдіть консультанта за адресою <https://OregonHealthCare.gov/GetHelp>.



Відскануйте QR-код, щоб дізнатися більше про зміни у федеральному законодавстві.

<https://OHP.Oregon.gov/HR1>

Ви можете безкоштовно отримати цей документ іншими мовами, у збільшеному шрифті, шрифтом Брайля або в іншому зручному для Вас форматі. Зв'яжіться із ОНР на вебсайті [one.communications@odhsosha.oregon.gov](mailto:one.communications@odhsosha.oregon.gov).

# 1. Перевіряється автоматично

---



*Вам не потрібно повідомляти нам про ці винятки або надавати будь-які документи. Ми перевіряємо наявність цих винятків за наявними записами.*

---

- **Правила щодо роботи для учасників програми SNAP:** Ви отримуєте продовольчу допомогу в межах Програми додаткової продовольчої допомоги (SNAP) і повинні дотримуватися правил SNAP щодо роботи. Дотримання правил SNAP щодо роботи також вважається дотриманням вимог ОНР. Вам не потрібно окремо дотримуватися правил ОНР. Однак, якщо Ви звільнені від правил SNAP щодо роботи, Вам все одно потрібно дотримуватися правил ОНР щодо роботи або іншої діяльності чи відповідати вимогам для іншого винятку.
- **Правила щодо роботи для учасників програми TANF:** Ви отримуєте грошову допомогу в межах програми Тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF) і вже дотримуетесь правил TANF щодо роботи.
- **Вік до 19 років:** Вам 18 років або менше.
- **Колишні вихованці прийомних сімей:** Ви перебували під опікою прийомної сім'ї, коли Вам виповнилося 18 років, і зараз Вам від 19 до 26 років.
- **Охоплені іншою програмою ОНР:** Ви відповідаєте вимогам для участі в ОНР за програмою, яка не передбачає правил щодо роботи або іншої діяльності.
- **Проживання в окрузі з високим рівнем безробіття:** Ви проживаєте в окрузі з високим рівнем безробіття. Ми повідомимо Вас, якщо це стосується Вас.
- **Проживання в зоні стихійного лиха:** Ви проживаєте в окрузі, який федеральний уряд оголосив зоною стихійного лиха.

## 2. Повідомте нам



*Просто повідомте нам, якщо ці винятки стосуються Вас, надавши інформацію про себе. Вам не потрібно надсилати жодних підтверджувальних документів.*

| Виняток                                                              | Чи стосується це Вас?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Як підтвердити, що Ви відповідаєте вимогам                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Американські індіанці / корінні жителі Аляски</b>                 | <p>Ви є зареєстрованим членом племені, визнаного на федеральному рівні (або таким членом є Ваш батько, мати, дідусь чи бабуся), або є акціонером корпорації корінних жителів Аляски.</p> <p>Це також стосується людей, які отримують медичну допомогу через Службу охорони здоров'я корінних народів США або в племінній чи міській клініці для корінних народів.</p> | Повідомте нам, що це стосується Вас.                                                                                                  |
| <b>Вагітність або недавня вагітність</b>                             | Ви вагітні, нещодавно завагітніли або мали медичне покриття ОНР під час вагітності протягом останніх 12 місяців.                                                                                                                                                                                                                                                      | Повідомте нам, що це стосується Вас, особливо якщо Ви нещодавно завагітніли. Таким чином ми знатимемо, що цей виняток стосується Вас. |
| <b>Нещодавнє звільнення з-під варти або з місця позбавлення волі</b> | Ви були звільнені з-під варти або з місця позбавлення волі протягом останніх 4 місяців, якщо Ви є новим заявником, або протягом останніх 9 місяців, якщо Ви поновлюєте участь у програмі.                                                                                                                                                                             | Повідомте нам, що це стосується Вас.                                                                                                  |

### 3. Повідомте нам або надайте підтвердження (1 із 3)



*Можливо, буде достатньо просто повідомити нам, що Ви відповідаєте вимогам для винятку. Або ми можемо попросити Вас надати підтвердження.*

| Виняток                                      | Чи стосується це Вас?                                                                              | Як підтвердити, що Ви відповідаєте вимогам                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ви маєте медичне страхування Medicare</b> | Ви маєте частину А або частину В програми Medicare або відповідаєте вимогам для участі в Medicare. | Зазвичай ми можемо перевірити це автоматично. Якщо ми попросимо надати підтвердження, Ви можете надати картку Medicare, лист від Medicare або будь-який документ, що підтверджує Ваше медичне страхування Medicare. |

### 3. Повідомте нам або надайте підтвердження (1 із 3)



*Можливо, буде достатньо просто повідомити нам, що Ви відповідаєте вимогам для винятку. Або ми можемо попросити Вас надати підтвердження.*

| Виняток                                                                   | Чи стосується це Вас?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Як підтвердити, що Ви відповідаєте вимогам                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Певні серйозні захворювання або стани, що спричиняють інвалідність</b> | <p>Ви отримуєте медичну допомогу у зв'язку із серйозним захворюванням або станом, що спричиняє інвалідність, через який Ви не можете працювати принаймні неповний робочий день. Багато видів захворювань і станів, що потребують медичної допомоги або послуг, можуть відповідати вимогам, зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Тимчасові стани: Відновлення після серйозної операції (наприклад, операції аортокоронарного шунтування); серйозної травми (наприклад, переломів); пневмонії; або перебування в лікарні чи закладі догляду через складний стан.</li><li>• Серйозні або тривалі стани: Рак, що потребує хіміотерапії або променевої терапії, діаліз, хвороба Крона, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), великий депресивний розлад або розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин.</li><li>• Стани, що потребують частого спостереження або лікування: Цукровий діабет із ускладненнями або муковісцидоз.</li><li>• Стани, що тривають протягом усього життя: Синдром Дауна (трисомія 21), дитячий церебральний параліч, сліпота або інше значне фізичне, інтелектуальне порушення чи порушення розвитку.</li><li>• Виплати за програмами соціального забезпечення: Отримання страхових виплат у зв'язку з інвалідністю за програмою соціального забезпечення (SSDI) або додаткового соціального доходу (SSI).</li></ul> | <p>Повідомте нам, що це стосується Вас. У 2027 році Вам не потрібно надавати довідку від постачальника медичних послуг.</p> <p>Відвідуйте свого лікаря первинної медичної допомоги щонайменше один раз на рік і проходите контрольні огляди. Якщо Ви регулярно отримуєте медичну допомогу, для підтвердження винятку нам може бути достатньо Вашої медичної документації.</p> <p>Якщо ми попросимо надати підтвердження (починаючи з 2028 року), нам може знадобитися довідка від постачальника медичних послуг.</p> |

### 3. Повідомте нам або надайте підтвердження (2 із 3)

| Виняток                                                                                                 | Чи стосується це Вас?                                                                                                                                                                                                                                                                          | Як підтвердити, що Ви відповідаєте вимогам                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ветеран зі 100-відсотковим ступенем інвалідності</b>                                                 | Департамент у справах ветеранів (VA) встановив для Вас 100-відсотковий ступінь інвалідності.                                                                                                                                                                                                   | Якщо ми попросимо надати підтвердження, Ви можете надати копію листа VA про призначення виплат. Якщо встановлений Вам ступінь інвалідності не є постійним, Вам потрібно підтверджувати свій статус щодо ступеня інвалідності кожні 12 місяців.                   |
| <b>Догляд за дитиною віком до 14 років</b>                                                              | Ви є одним із батьків, опікуном або особою, яка доглядає за дитиною, і регулярно доглядаєте за дитиною віком 13 років або менше.                                                                                                                                                               | <p>Повідомте нам, що це стосується Вас, і вкажіть, ким Ви доводитеся дитині.</p> <p>Якщо ми попросимо надати підтвердження (починаючи з 2028 року), надайте календар, графік або інший документ із зазначенням годин, протягом яких Ви здійснюєте догляд.</p>    |
| <b>Догляд за особою з інвалідністю або серйозним захворюванням чи станом, що спричиняє інвалідність</b> | Ви регулярно доглядаєте за членом сім'ї або іншою особою з інвалідністю чи серйозним захворюванням або станом, що спричиняє інвалідність. Це стосується також осіб, які не є Вашими родичами або не проживають разом із Вами, якщо Ви здійснюєте догляд за ними щонайменше 80 годин на місяць. | <p>Повідомте нам, що це стосується Вас, і вкажіть, ким Ви доводитеся цій особі.</p> <p>Якщо ми попросимо надати підтвердження (починаючи з 2028 року), надайте календар, графік або інший документ із зазначенням годин, протягом яких Ви здійснюєте догляд.</p> |

### 3. Повідомте нам або надайте підтвердження (3 із 3)

| Виняток                                                                 | Чи стосується це Вас?                                                                                                                                          | Як підтвердити, що Ви відповідаєте вимогам                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Проходження лікування від наркотичної або алкогольної залежності</b> | Ви наразі отримуєте або протягом останніх 5 років отримували послуги чи підтримку для лікування розладу, пов'язаного з вживанням наркотиків або алкоголю.      | <p>Повідомте нам, що це стосується Вас.</p> <p>Якщо ми попросимо надати підтвердження (починаючи з 2028 року), надайте рахунок або документ від Вашого постачальника медичних послуг чи консультанта із зазначенням дат лікування.</p> |
| <b>Стаціонарне або цілодобове проживання в закладі догляду</b>          | Ви провели щонайменше одну ніч як пацієнт у лікарні, закладі сестринського догляду, закладі поведінкового або психічного здоров'я чи іншому подібному закладі. | <p>Повідомте нам, що це стосується Вас.</p> <p>Якщо ми попросимо надати підтвердження (починаючи з 2028 року), надайте рахунок, документи про виписку або документ від Вашого постачальника медичних послуг.</p>                       |
| <b>Поїздка для отримання медичної допомоги</b>                          | <p>Повідомте нам, що це стосується Вас.</p> <p>У 2028 році надайте документи про виписку або документ від Вашого постачальника медичних послуг.</p>            | <p>Повідомте нам, що це стосується Вас.</p> <p>У 2028 році надайте документи про виписку або документ від Вашого постачальника медичних послуг.</p>                                                                                    |

# Приклади ситуацій

---

## Вагітність



**Приклад:** Прія вагітна на 8 місяці та бере участь у ОНР. Вона вже повідомила про свою вагітність, тому в державних записах є відповідна інформація. Вона звільнена від цих правил і не повинна надавати підтверджувальний документ.

Після народження дитини цей виняток автоматично застосовується протягом 12 місяців. Якщо на момент поновлення участі в програмі Прія все ще перебуває в межах 12-місячного періоду після пологів, їй нічого не потрібно робити. Після закінчення 12 місяців вона може відповідати вимогам для винятку як особа, яка доглядає за дитиною віком до 14 років. Їй потрібно буде надати підтвердження, наприклад, графік навчання або догляду за дитиною.

---

## SNAP



**Приклад:** Джамал звільнений від правил SNAP щодо роботи, тому йому не потрібно працювати, щоб зберегти допомогу за програмою SNAP. Він вважає, що це також звільняє його від правил ОНР щодо роботи або іншої діяльності. Звільнення від правил SNAP не означає автоматичного звільнення Джамала від правил ОНР. Щоб зберегти медичне покриття, йому все одно потрібно працювати, займатися волонтерською діяльністю, навчатися або відповідати вимогам для звільнення від правил ОНР.

---

## Американські індіанці / корінні жителі Аляски



**Приклад:** Олена є зареєстрованим членом племені, визнаного на федеральному рівні, та отримує медичну допомогу в племінній медичній клініці. Вона повідомляє штату, що є членом племені. Цей виняток не має строку дії та не потребує поновлення. Те саме стосується випадку, якщо Олена є акціонером корпорації корінних жителів Аляски або отримує медичну допомогу через Службу охорони здоров'я корінних народів США чи міську клініку для корінних народів, навіть якщо вона офіційно не зареєстрована як член племені.

---

# Приклади ситуацій (продовження)

---

## Проходження лікування від наркотичної або алкогольної залежності



**Приклад:** Маркус завершив амбулаторне лікування розладу, пов'язаного з вживанням опіюїдів, у березні 2026 року. Коли він поновлюватиме участь у програмі у 2027 році, інформація про його лікування вже буде в записях штату, тому йому не потрібно буде надавати додаткову інформацію. Коли він поновлюватиме участь у програмі у 2028 році, він відповідатиме вимогам для винятку для осіб із розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин, доки не перебуватиме у стані стійкого одужання протягом 5 років. Можливо, йому потрібно буде надати підтвердження від постачальника медичних послуг.

---

## Догляд за особою з інвалідністю

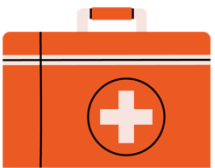


**Приклад:** Роберт доглядає за своїм дорослим сином, який має серйозну інвалідність, і вони проживають разом. Оскільки вони є родичами та проживають в одному домогосподарстві, Роберту не потрібно відстежувати конкретну кількість годин догляду. Він може повідомити штату про те, що здійснює догляд, і йому не потрібно надавати підтвердження.

Його сусідка Ана також доглядає за другом з інвалідністю, але вони не є родичами та проживають в окремих домогосподарствах. У 2028 році Ана повинна буде підтвердити, що здійснює догляд щонайменше 80 годин, щоб відповідати вимогам для винятку. Якщо вона цього не робить, вона може зарахувати години, протягом яких здійснює догляд, разом з іншими годинами роботи, навчання, волонтерської діяльності або заходів, пов'язаних із працевлаштуванням, щоб досягти 80 годин на місяць.

---

## Наявність серйозного захворювання



**Приклад:** Мег має цукровий діабет 1 типу та пов'язані з ним ускладнення, через які їй важко працювати, займатися волонтерською діяльністю або навчатися. Вона регулярно відвідує свого лікаря для коригування дозування лікарських засобів. Це зазначено в її державних медичних записях. Їй не потрібно повідомляти нам про це або надавати підтвердження.