



This form must be completed in English

Эту форму необходимо заполнить на английском языке

UKR-RUS Medical Card Application Form

УКР Форма заявки на получение медицинской карты

Instructions for filling in this application form

Инструкция по заполнению данной формы заявки

Step 1: Read the form and then start filling it in.

Шаг 1: Сначала прочтите форму, а затем начните ее заполнять.

Step 2: Remember to sign Section 1.

Шаг 2: Не забудьте подписать Раздел 1.

Step 3: Only include your spouse/partner or any child dependents who are now residing in Ireland.

Шаг 3: Включите сюда только вашего супруга/супруги или партнера, или детей-иждивенцев, которые в настоящее время проживают в Ирландии.

Step 4: Any child aged 16 or over must complete their own application form.

Шаг 4: Любой ребенок в возрасте 16 лет и старше должен заполнить свою индивидуальную форму заявки.

Step 5: If you know your preferred GP (General Practitioner) please ask them to complete and stamp Section 3 of this form. If you don't have a preferred GP, leave that section blank and one will be assigned to you (and your family).

Шаг 5: Если вы имеете предпочитаемого врача-терапевта, попросите его заполнить и поставить печать в Разделе 3 этой формы. Если у вас нет предпочитаемого врача-терапевта, оставьте этот раздел пустым, и вам (а также членам вашей семьи) назначат врача-терапевта.

Step 6: Read your Data Protection Rights.

Шаг 6: Прочтите свои права на защиту данных.

Step 7: Post the completed application form to **PO Box 11745, National Medical Card Unit, Dublin 11**, or alternatively you can email the form to: **PCRS.Applications@HSE.ie**

Шаг 7: Отправьте заполненную форму заявки на **почтовый ящик Box 11745, National Medical Card Unit, Dublin 11**, или же вы можете отправить форму заявки по **электронной почте: PCRS.Applications@HSE.ie**

Section 1: Declaration and consent

Раздел 1: Положения и согласия

The HSE has the right, at any time, to change its decision on whether or not you are eligible for a Medical Card. We might do this, for example, if your residency status changes.

Министерство здравоохранения имеет право в любое время изменить свое решение касательно того, имеете ли вы право на получение медицинской карты. Мы можем сделать это, например, если ваш статус резидента изменится.

Please read the following statements. If you agree with them, sign the form below and fill in date.

Пожалуйста, прочтите следующие положения. Если вы согласны с ними, подпишите форму ниже и поставьте дату.

I declare that the information that I have given as part of this registration is correct to the best of my knowledge.

Я заявляю, что, на основании известных мне данных, информация, которую я предоставил в рамках этой регистрации, верна.

I will inform the HSE immediately of any change that may affect my eligibility.

Я буду немедленно информировать Министерство здравоохранения обо всех изменениях, которые могут повлиять на мое право на получение помощи.

I accept that the HSE, when assessing whether I am eligible, may contact other government departments of Department of Employment Affairs and Social Protection to confirm the information that I have given.

Section 2B: Your dependent children (aged 0-15)**Раздел 2Б: Дети-иждивенцы (в возрасте 0-15 лет).**

Children over the age of 16 should complete their own application form

Дети старше 16 лет должны заполнить свою индивидуальную форму заявки

First name: Имя:	Surname: Фамилия:	Date of birth: Дата рождения:	Gender (please tick) Пол (пожалуйста, отметьте)	PPS number: For example: 2221111AW Номер Службы Государственного Обеспечения: Например: 2221111AW	In continuing education (please tick 'Y' for yes and 'N' for no) На стадии непрерывного получения образования (пожалуйста, отметьте «Y» для ответа «да» и «N» для ответа «нет»)
		D D M M Y Y M F Д Д М М Г Г М Ж			у п да нет
		D D M M Y Y M F Д Д М М Г Г М Ж			у п да нет
		D D M M Y Y M F Д Д М М Г Г М Ж			у п да нет
		D D M M Y Y M F Д Д М М Г Г М Ж			у п да нет

Section 3: Your GP of Choice (must hold a GMS contract)**Раздел 3: Ваш предпочитаемый врач-терапевт (должен иметь контракт GMS (первичной медико-санитарной медицинской помощи))**

GP Stamp Штамп врача
GP Name: Имя врача: _____
GP GMS Panel Number: Номер контракта GMS врача: _____
GP Signature: Подпись врача: _____
Date: Дата: / /

Data Protection and Freedom of Information Notice**Положение о защите данных и свободном доступе к информации**

The HSE will treat all personal data you provide as part of this application as confidential and store it securely. When the HSE receives your completed application form and any supporting documents, it will make a

computer record in your name(s). This record will contain the relevant personal information you or your spouse/partner (if relevant) have supplied.

Министерство здравоохранения будет рассматривать все персональные данные, которые вы предоставляете в рамках этой заявки, как конфиденциальные и надежно хранить их. Когда Министерство здравоохранения получит вашу заполненную форму заявки и любые подтверждающие документы, оно сделает компьютерную запись на ваше имя (имена). Эта запись будет содержать соответствующую персональную информацию, предоставленную вами или вашим супругом/партнером (при необходимости).

This record will be used and retained by the HSE, for the purposes of processing your Medical Card application. The HSE may also use details you provided to contact you or your spouse/partner (if relevant) in relation to eligibility under the Scheme, and/or in relation to services received based on eligibility awarded. The HSE will not disclose (share) to other people or organisations the personal information you have given unless permission has been given by the person to whom the information relates or the HSE is required to do so by law.

Эта запись будет использоваться и храниться Министерством здравоохранения для целей обработки вашей заявки на получение медицинской карты. Министерство здравоохранения также может использовать предоставленную вами информацию для связи с вами или вашим супругом/партнером (при необходимости) в отношении соответствия требованиям в рамках Программы и/или в отношении услуг, полученных на основании предоставленного права. Министерство здравоохранения не будет раскрывать (передавать) другим лицам или организациям персональную информацию, которую вы предоставили, за исключением случаев, когда разрешение было дано лицом, к которому относится эта информация, или Министерство здравоохранения обязано сделать это по закону.

The HSE's privacy statement is available to use at www.hse.ie.

Положение о конфиденциальности Министерства здравоохранения доступно на сайте www.hse.ie.

Help and Information

Информационная поддержка

A medical card allows you and your family card to get some healthcare services free of charge in Ireland. You will be able to get care from the following:

Медицинская карта позволяет вам и членам вашей семьи бесплатно получать некоторые медицинские услуги в Ирландии. Вы сможете получить помощь касательно следующих услуг:

- family doctors - also called GPs (general practitioners)
- семейные врачи, или, так называемые, врачи-терапевты
- nurses
- медсестры
- community care services - for example, physiotherapy, speech therapy
- местная медицинская служба - например, физиотерапия, логопедия
- hospital or emergency services
- оказание медицинских услуг в условиях больницы или служба неотложной помощи
- children's health services
- медицинские услуги для детей
- mental health services
- психиатрическая помощь
- disability services
- услуги для инвалидов
- pregnancy services
- услуги для беременных

In 9 months, you will receive a letter from us inviting you to review your application for your Medical Card. The application that you will have to complete will be a full financial assessment and you will need to provide your income and outgoings (if any).

Через 9 месяцев вы получите от нас письмо с приглашением рассмотреть вашу заявку на получение медицинской карты. Заявка, которую вам нужно будет заполнить, будет полной оценкой финансовых ресурсов, и вам нужно будет указать свои доходы и расходы (если таковые имеются). If you have moved address at any stage, please let us know as you may lose eligibility if you do not keep your contact details up to date.

Если вы изменили адрес на каком-либо этапе, сообщите нам об этом, так как вы можете потерять право на получение помощи, если не обновите свои контактные данные.