



NEW YORK STATE Department of Health

access  
NY  
health care

# 面向 老年人、残障人士和 其他特殊人群的医疗保险 申请表



# 说明

**保密声明** 您在本申请表中提供的所有信息均将得到保密。可以查看此信息的人员仅限于：需要了解此类信息，以便判断您（申请人）以及您的家人是否有资格享受相关计划服务的 Assistor，以及州或地方机构和医疗计划。协助您完成此申请的人员不得与任何人谈论您的信息，但需要此信息的主管人员或者州或地方机构或医疗计划除外。

**本申请表的目的** 填写本申请表以申请获得医疗保险，帮助您支付医疗费用。本申请表可用于申请 Medicaid、Family Planning Benefit Program 或者申请援助用以支付医疗保险保费。您可为自己和/或与同住的直系家庭成员申请上述计划。

如您因残疾原因需要协助填写本申请表，请联系本地社会服务部门。他们将尽一切努力为您提供合理便利措施以解决您的需求。

**填写申请表前，请阅读**完整的申请手册。如果您已年满 65 周岁，被认定为盲人、残障人士或入住疗养机构人士，并且/或者正在申请报销疗养院护理费用，则必须完整填写本申请表和补充材料 A。补充材料 A 中包含有关您所拥有资源的问题，例如您在银行中的存款或您手上的财产。孕妇或未满 19 周岁的个人也可使用本申请表通过提供者提出申请。如果是为孕妇或未满 19 周岁人士提出申请，只需填写 A 至 G、I 和 J 部分。

任何其他 Medicaid 申请人必须通过 NY State of Health 申请。您可以通过访问网站 <https://nystateofhealth.ny.gov/> 或致电 1-855-355-5777 联系 NY State of Health。

当您在申请表上看到 **请寄送证明** 字样时，请参阅“申请医疗保险所需文件”部分的内容，查询可接受的支持性文件都有哪些（4-6页）。

**如何获取帮助** 申请公共医疗保险时，无需前往本地社会服务部门或约见 Assistor，但您可以前往上述部门或联系 Assistor，获得申请表填写协助。您可从取得本申请表处获得 Assistor 名单，或致电 1-800-698-4543 获取。您还可以拨打 Medicaid 帮助热线 1-800-541-2831。我们将免费提供所有帮助。

**(听障人士可拨打 1-877-898-5849 听障专线 (TTY))**

填写完本申请表后，请将其邮寄/交还至您所在郡的本地社会服务部门。

[https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm)

## A 部分 申请人信息

我们需要能够与医疗保险申请人取得联系。家庭住址是指医疗保险申请人所居住的地址。邮寄地址（如与家庭住址不同）是指您希望我们将医疗保险卡以及相关通知发送到该处的地址。如希望他人也能获得有关您的申请案例的信息和/或参与相关讨论，请一并告知。

## B 部分 家庭信息

请附上与您同住的每个人的相关信息，即便其并不申请医疗保险亦然。注明所有同住者的相关信息很重要，因为这可帮助我们正确判定您是否符合申请资格。如适用，请提供婚前姓名（结婚前的正式姓名）。另请注明出生城市、州和国家/地区。对于出生于美国之外的人士，只需注明出生国家/地区。每位申请人还需要提供其母亲的婚前全名。此信息可能会用于在特定情况下获取有关申请人出生日期的证明。

- **此人是否已怀孕？** 如已怀孕，预产期是何时？此信息可帮助我们确定您的家庭人数。一位孕妇算作两人。
- **与第 1 行中所列人士的关系。** 请说明每个人与第 1 行中所列人士之间有何关系（例如：配偶、子女、继子女、兄弟、姐妹、甥侄女、甥侄子等）。
- **公共医疗保险。** 如您或与您同住的任何人已经参加或曾经参加 Medicaid、Family Planning Benefit Program 或诸如 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) 等任何其他形式的公共援助，烦请告知。另外，请提供 New York State 福利身份识别卡上的识别编号。
- **社保号。** 所有申请人如拥有社保号，请一并提供。如申请人没有社保号，将此方框留空即可。
- **公民身份和移民身份。** 此信息仅限于申请医疗保险的人士提供。要想获得医疗保险，年满 19 周岁的申请人必须为美国公民或者合法居留人士。如果我们无法通过联邦数据库以电子方式验证您的美国公民身份和身份，我们需要查看美国公民身份和身份证件。请联系本地社会服务部门或拨打 1-800-698-4543 核实您应去哪里取得这些文件。请注意，如果您已参加 Medicare，或正在领取 Social Security Disability 但尚无资格参加 Medicare，则无需提供美国公民身份证明或身份证件。
- **种族/民族。** 此信息为选填项，可帮助我们确保所有人均能获得各项计划的资助。如您选择填写此信息，请使用申请表中所示的代码，这些代码能准确说明每个人的种族或民族背景。可以多选。

## C 部分 家庭收入（获得的资金）

- 在这一部分中，请列出您在 B 部分所列的每个人的所有收入类型（获得的资金）及相应金额。
- 请注明您的税前收入。
- 如果您的家庭没有收入，请说明您如何应付生活开支，如食宿费用。
- 我们需要了解您是否换了工作或者您是否是一名学生。
- 我们还需要了解您是否需要聘请他人或其他机构（如日间护理中心）帮助您照顾子女或者身患残疾的配偶或父母，以便自己可以上班或上学。如确有此类开支，请注明相应金额。我们可能会在计算您的收入时扣掉这部分费用。



## D 部分 医疗保险

我们需要了解任何申请人是否得到或可以得到其他医疗保险的福利。对于部分申请人，我们会在计算收入时扣除您支付的医疗保险费用；或者在我们判定具有成本效益的前提下，我们可能会支付您的医疗保险保费。如果您通过或可以通过工作获得保险，我们可能会帮助您支付医疗保险保费。我们需要收集有关保险的详情，将会向您邮寄一份保险调查问卷。

如果您在未来三个月内年满 65 周岁，或者您已经年满 65 周岁，您可以通过 Medicare 计划享受额外的医疗福利。要符合获得 Medicaid 资格，其中一个条件是您必须申请 Medicare。Medicare 是一项联邦医疗保险计划，适用于年满 65 周岁的人士和某些残障人士，不论其收入如何。当一个人同时拥有 Medicare 和 Medicaid 时，Medicare 先支付，Medicaid 后支付。在以下情况下，您需要申请 Medicare：

- 您患有慢性肾衰竭（终末期肾脏疾病/ESRD）或肌萎缩性脊髓侧索硬化症（ALS）；  
**或者**
- 您将在三个月内年满 65 周岁，或者您已经年满 65 周岁，并且您的收入达到或低于 Medicaid 收入水平（基于单身个人或已婚夫妇的家庭人数）。如果满足上述条件，Medicaid 计划将支付您的保费或报销您的 Medicare 保费。如果 Medicaid 计划可以支付或报销您的保费，要获得 Medicaid 资格，其中一个条件

是您需要申请 Medicare。只有美国公民和在美国连续居住五年的合法永久居民才必须申请 Medicare。许多移民和非公民不需要申请 Medicare。

## E 部分 住房费用

请写下您每月的住房费用。其中包括租金、房贷月供或其他住房开支。如您有按揭贷款，请在上报的按揭贷款数额中纳入您需要缴纳的物业税。如您与他人分担住房费用或您享有租金补贴，请仅注明您本人需要支付的租金或房贷。如您需要支付水费，请告知我们支付数额及频率。

## F 部分 盲人、残障人士、慢性病患者或需要疗养院护理人士

这些问题可帮助我们确定最适用于每位申请人的计划以及所需的服务。患有残疾、严重疾病或需要承担高昂医疗账单费用的人士可能会得到更多医疗服务。如您因为一种已持续或预计将持续至少 12 个月的疾病或身体状况而致使日常活动受限，即可判定您患有残疾。如您为盲人、残障人士、慢性病患者或需要疗养院护理人士，请填写补充材料 A。如您本人或任何申请人并非盲人、残障人士、慢性病患者或需要疗养院护理人士，请转至 G 部分。

## G 部分 其他医疗相关问题

如您在过去三个月内发生已付清或未付清的医疗账单，Medicaid 可能会帮助您支付这些费用。请告知这些账单的消费项目及发生月份。请随同申请表一并附上医疗账单副本。注意：三个月期限的起算时间以本地社会服务部门收到您的申请表或您与 Assistor 见面为准。您需要提供有医疗账单费用发生的过去任何一个月的收入情况，便于我们判断您是否有资格享受该期间内的资助。您还需要说明过去三个月内的住址，因为这可能会影响到我们支付以往账单的能力。此外，如有因他人引起的法律诉讼或医疗问题尚未解决，也请一并告知，以方便我们查看是否应由他人支付您医疗费用的一部分。



## H 部分 父母或配偶不与家人同住或已亡故

- 如果申请人没有配偶或父母，则必须填写此部分，以方便我们查看您或您的子女能否获得医疗资助。
- 如果您是孕妇，直到生产后 60 天才需要回答这些问题。除非有正当理由，否则对于所有其他年满 21 周岁的申请人而言，即便配偶或未成年申请人的父母任何一方不在家中居住，也必须提供其相关信息以符合医疗保险的申请条件。“正当理由”的示例包括，担心会给自己或家庭成员造成生理或心理上的伤害。问题 2 涉及 21 周岁以下申请人的**父母**。问题 3 涉及申请人的**配偶**。
- 如果其父母不愿意提供这些信息，申请人仍有可能享有参加 Medicaid 的资格。

## I 部分 医疗计划的选择

**何为医疗计划？** 如果您符合 Medicaid 的申请条件，您可能需要通过管理式医疗计划 (Managed Care Health Plan) 获得医疗保险。管理式医疗计划通过与计划网络中的医生、诊所、医院和药店合作，为成员提供高质量的医疗。加入计划时，请从该计划中选择一位医生（初级护理提供者或 PCP），由其照管您的定期医疗需求。如您并不希望更改初级护理提供者，请选择适用于该医生的医疗计划。管理式医疗计划以保健护理为重点，防止小毛病发展成大问题。如需咨询专家，您的 PCP 可为您引荐您的计划网络中的专家。

**必须选择医疗计划的人士有哪些？** 有资格获取 Medicaid 的大多数人士都必须选择医疗计划，以获取其大多数的 Medicaid 福利。请继续阅读，了解如何获取更多相关信息。

### 如何知道要选择哪种医疗计划以及我是否可以报名参加该计划？

针对 Medicaid，如需了解有关管理式医疗计划如何运作、是否必须参加、如何选择计划等详细信息，请拨打 **1-800-505-5678** 联系 **Medicaid CHOICE**，或者联系或拜访本地社会服务部门。索取管理式医疗教育信息包。还可登录 NYS Department of Health 网站 [www.nyhealth.gov](http://www.nyhealth.gov) 获取医疗计划相关信息。亦可拨打 **1-800-505-5678**，通过电话途径登记参加。

**注意：**如果您或您的家人符合 Medicaid 的申请条件，并且是美洲印第安人/阿拉斯加原住民，则无需参加医疗计划。我们仍将在您所选择的医疗计划中为您登记注册，除非您勾选本申请表中的适用方框，表明您不想参加该计划，或者拨打电话或递交书面文件告知本地社会服务部门您不希望加入该计划。

## J 部分 签名

请认真阅读本部分的内容，并阅读“**条款、权利与义务**”一部分。然后必须在申请表上签好姓名和日期。务必将此申请表寄至您所在郡的本地社会服务部门。

# 申请医疗保险所需文件

申请人姓名 \_\_\_\_\_

申请日期 \_\_\_\_\_

**\* 只有在我们收到所有必需材料后，您的登记注册工作才能结束。如果您在获取此类材料方面需要任何帮助，请联系我们。**

您不必向我们出示**所有**证明文件。我们只需要您或其他申请人的相关文件。如果我们无法通过联邦数据库以电子方式验证您的美国公民身份和身份，我们需要查看美国公民身份和身份证件。请勿邮寄美国公民身份或身份证件原件。确定资格所需的其他文件的副本可以随申请书一起邮寄或送至本地社会服务部门。请联系本地社会服务部门或拨打 1-800-698-4543 核实您应去哪里取得这些文件。

**您需要提供身份证件、美国公民身份和/或移民身份以及出生日期证明。**

可提供以下其中一种文件来证明您的美国公民身份、身份和出生日期：

- 美国护照/卡
- 入籍证明（DHS N-550 或 N-570 表格）
- 美国公民身份证明（DHS N-560 或 N-561 表格）
- 纽约州加强型驾照 (EDL)。
- 由联邦政府认可的部落颁发的美国原住民部落证明文件

如果无法提供上述文件，可以提供美国公民身份列表中的其中一种文件和身份列表中的其中一种文件来证明您的公民身份和/或身份。

此列表未包括所有适用情形。如果您无法提供此类表格，请参考“如何获取帮助”一部分的说明信息。

**带有 \* 的文件也会注明出生日期**

**美国公民身份**（提供其中一种）

- 美国出生证明\*
- 美国国务院签发的出生证明（FS-545 或 DS-1350 表格）\*
- 海外出生报告 (FS-240)
- 美国国籍识别卡（I-197 或 I-179 表格）
- 宗教/教育档案\*
- 注明美国出生地的军事档案
- 最终领养判决
- 符合《2000 年儿童公民身份法案》规定的美国公民身份证明

**以及**

**身份**（提供其中一种）

- 纽约州驾照或附照身份证件\*
- 联邦政府、州政府或地方政府有关部门颁发的身份证件
- 美国军方身份卡或征兵记录或美国海岸警卫队商务海事文件
- 附照学生证件（也可能注明出生日期）
- 印第安血统身份证明或其他美洲印第安人/阿拉斯加原住民部落的附照证明文件
- 经过核证的学校、幼儿园或托儿所档案（针对 18 周岁以下儿童）（也可能注明出生日期）
- 诊所、医生或医院的病历记录（针对 18 周岁以下儿童）\*

**如果未能提供注明出生日期的上述其中一种文件，则您还需要提交下列文件之一：**

- 结婚证明
- NYS Benefit Identification Card

**\*请在此日期之前交还所有必要的文件：** \_\_\_\_\_

**否则我们将拒绝受理您的申请。**

# 申请医疗保险所需文件

## 针对非美国公民

United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) 颁发的常见移民身份证明表格如下方列表所示。

此列表未包括所有适用情形。如果您无法提供此类表格，请参考“如何获取帮助”一部分的说明信息。

我们需要查验以下**其中一种**文件来确认您的移民身份、身份和出生日期。您必须证明以下三点。

**带有 \* 的文件也会注明出生日期**

### 移民身份/身份

- I-551 永久居留卡 (“绿卡”) \*
- I-688B 或 I-766 工作许可证\*

### 移民身份，同时还需要其他身份证件

- I-94 出入境记录\*
- USCIS I-797 表格：行动通知书

### 出生日期/身份，但同时还需要其他移民身份证件

- 签证
- 美国护照

**家庭住址：此地址必须与申请表 A 部分填写的家庭住址匹配。相关证明文件的日期必须为截至签署申请表之日前 6 个月内。**

- 房东出具的租赁契约/信函/租金收据（随附家庭住址）
- 公用事业账单（煤气费、电费、电话费、有线电视费、燃油费或水费）
- 房产税记录或抵押贷款文件
- 驾照（在过去 6 个月内颁发）
- 政府颁发的身份证件（注明家庭住址）
- 带有邮戳的信封或明信片（寄送至邮政信箱的信封或明信片不符合要求）

**当前收入或未来潜在收入（如失业福利或法律诉讼）的证明：您必须提供雇主、提供收入的人员或机构出具的信函、书面声明或支票或存根的副本。您不必向我们出示所有证明文件，我们只需要您和其他同住家庭成员的相关文件。**

**对于您拥有的每种收入类型，都必须提供一份相应证明。请提供最近一段时间内未扣减税项和任何其他扣减项目的收入证明。收入证明必须注明日期，并显示雇员姓名以及薪酬计算期间的总收入。无论您是领取周薪、双周薪还是月薪，均需提交最近四周的收入证明。请务必确保收入证明的时效性。**

### 工资薪酬

- 工资单
- 雇主出具的信函（印有公司抬头的信笺、署名和日期）
- 业务/工资记录

### 自雇职业

- 最近签署并注明日期的个人所得税申报单及所有附表
- 收益和费用记录/业务记录

### 失业福利

- 批准函/证明
- NYS Department of Labor 出具的月度福利对账单
- 来自 NYS Department of Labor 网站 ([www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov)) 的受益人账户信息打印文件
- 直接支付卡系统打印票据的副本
- NYS Department of Labor 出具的信函

### 私人养老金/年金

- 养老金/年金对账单

### 社会保障

- 批准函/证明
- 年度福利金对账单
- Social Security Administration 出具的信函

### 工伤赔偿

- 批准函
- 支票存根

### 抚养/赡养

- 资助人出具的信函
- 法院出具的信函
- 抚养/赡养支票存根
- NY EPPICard 系统打印票据的副本
- 来自 [www.childsupport.ny.gov](http://www.childsupport.ny.gov) 的儿童抚养账户资料副本
- 显示直接存款的银行对账单副本

### 退伍军人福利

- 批准函
- 福利金支票存根
- 美国退伍军人事务部出具的信函

### 军队服役收入所得

- 批准函
- 支票存根

### 租金或寄宿收入

- 房客、寄宿生、租户出具的信函
- 支票存根

### 利息/股息/版税

- 银行、信用合作社或金融机构最近出具的账单
- 经纪人出具的信函
- 代理人出具的信函
- 1099 表格/纳税申报单（如果无法提供其他证明文件）

# 申请医疗保险所需文件

如果您聘请他人为您外出工作时代为照顾家中的子女或成人，请提供以下文件中的其中一种：

- 日间护理中心或其他儿童/成人护理提供者所提供的书面声明
- 已经取消的、能够证明您付款的支票或收据

如果您或您的配偶被要求支付法院命令的抚养费，您必须提供以下资料：

- 法院命令

医疗保险证明，提供所有适用项：

- 当前保险证明（保险单、保险证书或保险卡）
- 医疗保险终止函
- Medicare 卡（红卡、白卡和蓝卡）
- Medicare 申请确认书
- Medicare 批准函或拒绝函

如在过去三个月内产生医疗账单费用，请提供以下全部文件（如果适用）：

如需证明过去三个月内有资格报销医疗费用，请提供：

- 发生医疗费用当月申请人的收入证明
- 发生医疗费用当月申请人的居住证明/家庭住址证明文件（如果与本申请表 A 部分列出的地址不同）
- 过去三个月内的医疗账单，包括您已付清或未付清的全部账单

资源（仅限申请人年满 65 周岁或被认定为失明/残障，且未与未满 21 周岁的子女同住的情况）：

- 银行账户对账单：支票、储蓄、退休金账户（IRA 和 Keogh）
- 股票、债券、证书声明
- 人寿保单副本
- 安葬信托或基金墓址契据或葬礼协议的副本
- 住宅以外的房地产契据

如果身为大学生的申请人受聘工作，需要提供学生身份证明：

- 日程表副本
- 学院或大学出具的声明
- 由学院出具、可证明申请人学生身份的其他函件



# ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid

请用蓝色或黑色水笔以正楷填写。申请表填写不完全将无法得到处理，进而导致申请判定延迟。

## A 部分

### 申请人信息

请告知您的身份信息和联系方式。

|  |  |        |  |                        |
|--|--|--------|--|------------------------|
| 正式名字   |  | 中间名首字母 | 正式姓氏   |                        |
| 主要电话号码   | <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 手机<br><input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 其他 | 其他电话号码 | <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 手机<br><input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 其他 | 您使用哪种语言：<br>讲话？<br>阅读？ |
| 医疗保险申请人的家庭住址   | 街道   | 门牌号    |  |                        |
| <b>请寄送证明</b>   | 城市   | 州      | 邮编   | 郡                      |
| <input type="checkbox"/> 如无住处请勾选此处   |  |        |  |                        |
| 医疗保险申请人的邮寄地址（如与上述地址不同）   | 街道   | 门牌号    |  |                        |
|  | 城市   | 州      | 邮编   |                        |
| 选填项：如果您希望他人接收您的 Medicaid 通知，请提供此人的联系信息。我希望此联系人：  | 姓名   | 州      |  |                        |
| <input type="checkbox"/> 请勾选所有适用项<br><input type="checkbox"/> 代我申请/续订 Medicaid<br><input type="checkbox"/> 在需要时讨论我的 Medicaid 申请事宜或案例<br><input type="checkbox"/> 接收通知和信函 | 街道   | 门牌号    | 邮编   |                        |
|  | 城市   | 电话号码   | <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 手机<br><input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 其他 |                        |

## 注意事项

### 供盲人或视障申请人使用的选项

如果您是盲人或存在视力障碍，需要以其他格式提供的信息，请勾选您所需接收的邮件类型。

- 标准通知和大字版通知
  - 标准通知和数据 CD 通知
  - 标准通知和音频 CD 通知
  - 标准通知和盲文通知，如果您确定其他格式均无法满足您的使用需求
- 如果您需要其他协助方案，请联系您的社会服务部门。

**NEW YORK STATE MEDICAID 计划（包括 MEDICARE SAVINGS PROGRAM 和 FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM）福利申请表可提供大字版或数据格式。音频和盲文版申请表仅供参考。**

# B 部分

# 家庭信息

如果您与家人同住，请先填写您自己的信息。如果您未与家人同住，则请先填写家庭中任何一位成人的信息。列出正在申请或已经享有 Medicaid 福利人士的正式全名，列出其 Benefit Card 或医疗计划 ID 卡上的 ID 编号。您必须提供家庭成员的信息，包括：父母、继父母和配偶。还可提供其他家庭成员的相关信息（例如：未满 21 周岁的受抚养子女）。列出其他家庭成员的信息可能有助于获得更高的资格等级。孕妇及未满 19 周岁的申请人可不受其移民身份的限制而享受医疗保险。New York State 确保您有权获得州福利和/或服务，无论您的性别、性别认同或性别表达如何。如果您想向我们提供您或您的家庭成员目前的性别认同，请同时选择性别认同。

|   |                | 出生日期<br>请寄送证明  | *性别认同<br>(可选)   | 此人是否正在申请<br>医疗保险?  | 此人是否已<br>怀孕?  | 此人是否<br>为未成年<br>申请人的<br>父母?                              | 与方框 1<br>中的人<br>士有何<br>关系? | 如果此人享有公<br>共医疗保险或以<br>前曾经享有过，<br>请勾选适用方框。   | 社保号<br>(如有) | 请勾选表明您当前公民<br>身份或移民身份的方框。<br>请寄送证明   | 种族/民族<br>(可选)  | **是否通过 IHS<br>或其他印第安<br>医疗计划获得<br>过服务?                   |
|---|----------------|--|---|--|---|--|----------------------------|---|-------------|--|--|--|
| 1 | 正式名字、中间名、姓氏    | ____/____/____<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 非二元性别/<br>非常规性别<br><input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> 跨性别者<br><input type="checkbox"/> 不同认同<br>描述您的认同<br>(可选)。 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否<br>预产期是<br>什么时候?<br>____/____/____ | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | 自己                         | <input type="checkbox"/> Child Health Plus<br><input type="checkbox"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> Family Health<br>Plus<br>福利卡/计划卡上的<br>ID 编号<br>(如知晓)： |             | <input type="checkbox"/> 美国公民<br><input type="checkbox"/> 移民/非公民<br>输入您获得移民身份<br>的日期<br>____/____/____<br>月 日 年<br><input type="checkbox"/> 非移民<br>(签证持有人)<br><input type="checkbox"/> 以上皆不是 | <input type="checkbox"/> B-黑人或非裔<br>美国人<br><input type="checkbox"/> I-美洲印第安人或<br>阿拉斯加原住民<br><input type="checkbox"/> W-白人<br><input type="checkbox"/> U-未知<br><input type="checkbox"/> **A-亚裔<br><input type="checkbox"/> **U-夏威夷原住民<br>或其他太平洋岛民<br>其他 AAPI<br>如果您是在西班牙裔或<br>拉丁裔，也请告知<br>我们<br><input type="checkbox"/> H-西班牙裔或<br>拉丁裔 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|   | 婚前全名 (在结婚前的本名) | _____<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> X          |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 城市             | _____  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 出生州            | _____ 出生国家/地区  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
| 2 | 正式名字、中间名、姓氏    | ____/____/____<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 非二元性别/<br>非常规性别<br><input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> 跨性别者<br><input type="checkbox"/> 不同认同<br>描述您的认同<br>(可选)。 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否<br>预产期是<br>什么时候?<br>____/____/____ | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |                            | <input type="checkbox"/> Child Health Plus<br><input type="checkbox"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> Family Health<br>Plus<br>福利卡/计划卡上的<br>ID 编号<br>(如知晓)： |             | <input type="checkbox"/> 美国公民<br><input type="checkbox"/> 移民/非公民<br>输入您获得移民身份<br>的日期<br>____/____/____<br>月 日 年<br><input type="checkbox"/> 非移民<br>(签证持有人)<br><input type="checkbox"/> 以上皆不是 | <input type="checkbox"/> B-黑人或非裔<br>美国人<br><input type="checkbox"/> I-美洲印第安人或<br>阿拉斯加原住民<br><input type="checkbox"/> W-白人<br><input type="checkbox"/> U-未知<br><input type="checkbox"/> **A-亚裔<br><input type="checkbox"/> **U-夏威夷原住民<br>或其他太平洋岛民<br>其他 AAPI<br>如果您是在西班牙裔或<br>拉丁裔，也请告知<br>我们<br><input type="checkbox"/> H-西班牙裔或<br>拉丁裔 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|   | 婚前全名 (在结婚前的本名) | _____<br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> X          |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 城市             | _____  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 出生州            | _____ 出生国家/地区  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |

**请寄送证明** 请参阅“申请医疗保险所需文件”部分的内容 (4-6 页)，了解可证明身份、公民身份或移民身份的文件清单。

\*性别认同：性别认同指的是您如何看待自己，以及您如何称呼自己。您的性别认同可能与您的性别相同或不同。

\*\*如果您已选择 A-亚裔或 P-夏威夷原住民或太平洋岛民，请参阅以下有关其他 AAPI 的信息。

\*其他亚裔美国人/太平洋岛民 (可选) - 请说明您的 AAPI 亚群体。这一群体下的亚群体包括但不限于：中国人、日本人、菲律宾人、韩国人、越南人、柬埔寨人、印度尼西亚人、巴基斯坦人、斯里兰卡人、台湾人、夏威夷原住民、萨摩亚人、汤加人、关岛人或查莫罗人、马绍尔人、斐济人等。

\*\*您是否曾通过 Indian Health Service (IHS)、Tribal Health Program、Urban Indian Health Program 或通过 IHS 或这些计划的转介获得过服务？

**B 部分**      **家庭信息**      接前页

|   |                | 出生日期<br>请寄送证明  | *性别认同<br>(可选)   | 此人是否正在申请<br>医疗保险?  | 此人是否已<br>怀孕?  | 此人是否为未成年<br>申请人的<br>父母?                                  | 与方框 1<br>中的人<br>士有何<br>关系? | 如果此人享有公<br>共医疗保险或以<br>前曾经享有过,<br>请勾选适用方框。   | 社保号<br>(如有) | 请勾选表明您当前公民<br>身份或移民身份的方框。<br><br>请寄送证明   | 种族/民族<br>(可选)  | **是否通过 IHS<br>或其他印第安<br>医疗计划获得<br>过服务?                   |
|---|----------------|--|---|--|---|--|----------------------------|---|-------------|--|--|--|
| 3 | 正式名字、中间名、姓氏    | ____/____/____<br><br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 非二元性别/<br>非常规性别<br><input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> 跨性别者<br><input type="checkbox"/> 不同认同<br>描述您的认同<br>(可选)。 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否<br><br>预产期是<br>什么时候?<br>____/____/____ | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | 自己                         | <input type="checkbox"/> Child Health Plus<br><input type="checkbox"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> Family Health<br>Plus<br>福利卡/计划卡上的<br>ID 编号<br>(如知晓): |             | <input type="checkbox"/> 美国公民<br><input type="checkbox"/> 移民/非公民<br>输入您获得移民身份<br>的日期<br>____/____/____<br>月 日 年<br><input type="checkbox"/> 非移民<br>(签证持有人)<br><input type="checkbox"/> 以上皆不是 | <input type="checkbox"/> B-黑人或非裔<br>美国人<br><input type="checkbox"/> I-美洲印第安人或<br>阿拉斯加原住民<br><input type="checkbox"/> W-白人<br><input type="checkbox"/> U-未知<br><input type="checkbox"/> **A-亚裔<br><input type="checkbox"/> **U-夏威夷原住民<br>或其他太平洋岛民<br>其他 AAPI<br><br>如果您是西班牙裔或<br>拉丁裔, 也请告知<br>我们<br><input type="checkbox"/> H-西班牙裔或<br>拉丁裔 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|   | 婚前全名 (在结婚前的本名) | _____  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 城市             | _____  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 出生州            | _____  | 出生国家/地区   | _____  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
| 4 | 正式名字、中间名、姓氏    | ____/____/____<br><br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 非二元性别/<br>非常规性别<br><input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> 跨性别者<br><input type="checkbox"/> 不同认同<br>描述您的认同<br>(可选)。 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否<br><br>预产期是<br>什么时候?<br>____/____/____ | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |                            | <input type="checkbox"/> Child Health Plus<br><input type="checkbox"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> Family Health<br>Plus<br>福利卡/计划卡上的<br>ID 编号<br>(如知晓): |             | <input type="checkbox"/> 美国公民<br><input type="checkbox"/> 移民/非公民<br>输入您获得移民身份<br>的日期<br>____/____/____<br>月 日 年<br><input type="checkbox"/> 非移民<br>(签证持有人)<br><input type="checkbox"/> 以上皆不是 | <input type="checkbox"/> B-黑人或非裔<br>美国人<br><input type="checkbox"/> I-美洲印第安人或<br>阿拉斯加原住民<br><input type="checkbox"/> W-白人<br><input type="checkbox"/> U-未知<br><input type="checkbox"/> **A-亚裔<br><input type="checkbox"/> **U-夏威夷原住民<br>或其他太平洋岛民<br>其他 AAPI<br><br>如果您是西班牙裔或<br>拉丁裔, 也请告知<br>我们<br><input type="checkbox"/> H-西班牙裔或<br>拉丁裔 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|   | 婚前全名 (在结婚前的本名) | _____  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 城市             | _____  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 出生州            | _____  | 出生国家/地区   | _____  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
| 5 | 正式名字、中间名、姓氏    | ____/____/____<br><br><input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 非二元性别/<br>非常规性别<br><input type="checkbox"/> X<br><input type="checkbox"/> 跨性别者<br><input type="checkbox"/> 不同认同<br>描述您的认同<br>(可选)。 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否<br><br>预产期是<br>什么时候?<br>____/____/____ | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |                            | <input type="checkbox"/> Child Health Plus<br><input type="checkbox"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> Family Health<br>Plus<br>福利卡/计划卡上的<br>ID 编号<br>(如知晓): |             | <input type="checkbox"/> 美国公民<br><input type="checkbox"/> 移民/非公民<br>输入您获得移民身份<br>的日期<br>____/____/____<br>月 日 年<br><input type="checkbox"/> 非移民<br>(签证持有人)<br><input type="checkbox"/> 以上皆不是 | <input type="checkbox"/> B-黑人或非裔<br>美国人<br><input type="checkbox"/> I-美洲印第安人或<br>阿拉斯加原住民<br><input type="checkbox"/> W-白人<br><input type="checkbox"/> U-未知<br><input type="checkbox"/> **A-亚裔<br><input type="checkbox"/> **U-夏威夷原住民<br>或其他太平洋岛民<br>其他 AAPI<br><br>如果您是西班牙裔或<br>拉丁裔, 也请告知<br>我们<br><input type="checkbox"/> H-西班牙裔或<br>拉丁裔 | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
|   | 婚前全名 (在结婚前的本名) | _____  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 城市             | _____  |   |  |   |  |                            |   |             |  |  |  |
|   | 出生州            | _____  | 出生国家/地区   | _____  |   |  |                            |   |             |  |  |  |

您的家庭中是否有任何人是退伍军人?       是       否      如果选择“是”，请提供姓名:

**请寄送证明** 请参阅“申请医疗保险所需文件”部分的内容 (4-6 页)，了解可证明身份、公民身份或移民身份的文件清单。

\*性别认同: 性别认同指的是您如何看待自己, 以及您如何称呼自己。您的性别认同可能与您的性别相同或不同。

\*\*如果您已选择 A- 亚裔或 P- 夏威夷原住民或太平洋岛民, 请参阅以下有关其他 AAPI 的信息。

\*其他亚裔美国人/太平洋岛民 (可选) - 请说明您的 AAPI 亚群体。这一群体下的亚群体包括但不限于: 中国人、日本人、菲律宾人、韩国人、越南人、柬埔寨人、印度尼西亚人、巴基斯坦人、斯里兰卡人、台湾人、夏威夷原住民、萨摩亚人、汤加人、关岛人或查莫罗人、马绍尔人、斐济人等。

\*\*您是否曾通过 Indian Health Service (IHS)、Tribal Health Program、Urban Indian Health Program 或通过 IHS 或这些计划的转介获得过服务?

## C 部分

## 家庭收入

请写明 B 部分列出的每个人所收到的资金类型及相应金额并 **请寄送证明**

**工作收入：** 包括工资、薪金、佣金、小费、加班费和自雇职业收入。 如果您是自雇职业，请勾选此处： 如果您没有工作收入，请勾选此处：

| 成员姓名 | 收入类型/雇主名称 | 金额？（税前） | 多长时间收到一次？（每周一次，每月一次） |
|------|-----------|---------|----------------------|
|      |           |         |                      |
|      |           |         |                      |
|      |           |         |                      |

**非劳动所得：** 包括 Social Security Benefit、残障救济金、失业救济金、利息和股息、退伍军人福利、工伤补偿、子女抚养费/赡养费、租金收入、养老金、年金和信托收益。如果没有非劳动所得，请勾选此处：

| 成员姓名 | 收入/来源类型 | 金额？（税前） | 多长时间收到一次？（每周一次，每月一次） |
|------|---------|---------|----------------------|
|      |         |         |                      |
|      |         |         |                      |
|      |         |         |                      |

**捐助：** 亲戚或朋友、房客或寄宿者捐赠的钱款（包括任何人每月支付给您、用以帮助您满足生活开支的资金）。 如果没有捐助所得，请勾选此处：

| 成员姓名 | 收入/来源类型 | 金额？（税前） | 多长时间收到一次？（每周一次，每月一次） |
|------|---------|---------|----------------------|
|      |         |         |                      |
|      |         |         |                      |
|      |         |         |                      |

**其他：** Temporary (cash) Assistance、Supplemental Security Income (SSI)、学生助学金或贷款。 如果没有此类收入，请勾选此处：

| 成员姓名 | 收入/来源类型 | 金额？（税前） | 多长时间收到一次？（每周一次，每月一次） |
|------|---------|---------|----------------------|
|      |         |         |                      |
|      |         |         |                      |
|      |         |         |                      |

如果您或者 B 部分中列出的任何成年申请人没有收入，请告知是谁。

1. 如无上述任何一种收入来源，请说明您何以为生：（例如：与朋友或亲戚同住）

2. 您或提出申请的任何人是否在过去 3 个月内换过工作或停止工作？  否  是  
如果选择“是”：您的上一份工作为： 日期 / / 雇主名称：

3. 您或任何申请人是否为高职、本科或研究生在校生？  否  是  
如果选择“是”： 全日制  非全日制  本科  研究生 学生姓名：\_\_\_\_\_

4. 您是否需要聘请他人照顾孩子（或照顾身患残疾的成年人），以便自己可以上班或上学？  否  是

儿童/成人的姓名： 金额？ 美元 多长时间收到一次？（每周一次、每两周一次、每月一次）

儿童/成人的姓名： 金额？ 美元 多长时间收到一次？（每周一次、每两周一次、每月一次）

儿童/成人的姓名： 金额？ 美元 多长时间收到一次？（每周一次、每两周一次、每月一次）

5. 如果您没有资格获得 Medicaid 承保，仍可能有资格享受 Family Planning Benefit 计划。您是否愿意仅获得 Family Planning Services 承保？  否  是

6. 您或您的配偶/另一位家长是否被要求支付法院命令的抚养费？  否  是 谁 金额？ 美元

## D 部分 医疗保险

即便您享有其他医疗保险，您与家人仍可能有资格享受本保险。

1. 申请人是否参加了 Medicare?  否  是 如果选择“是”，请为每位 Medicare 受益人附上一份保险卡副本（红卡、白卡和蓝卡）。请完成本申请表的剩余内容，并填写补充材料 A。

**请寄送证明**

如果选择“否”，并且您患有慢性肾衰竭（终末期肾脏疾病/ESRD）或肌萎缩性脊髓侧索硬化症（ALS），或者如果您已经年满 65 周岁，或者在未来三个月内年满 65 周岁，并且您没有 Medicare，您必须申请 Medicare 并出示申请证明。对某些人而言，要符合获得 Medicaid 资格，其中一个条件是必须申请 MEDICARE。有关资格要求的更多信息，请参考第 2 页和第 3 页（D 部分）。

注意：如果您只准备申请 Medicare Savings Program (MSP)，请转到 G 部分。无需填写补充材料 A。

2. 申请人是否已办理其他商业医疗保险，包括长期护理保险?  否  是 如果选择“是”，请随本申请表一并附上保险卡正反两面的复印件。

**请寄送证明**

被保险人姓名（主要）：

投保人：

保单费用：

承保结束日期（如即将结束） \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
年 月 日

3. 您目前的工作是否提供医疗保险?  否  是 如果选择“是”，我们将向您发送一份“提供医疗保险的雇主信息请求”表。  
**我们可能可以帮助您支付保费。**

## E 部分 住房费用

1. 每月住房开支，如房租或房贷，包括物业税（仅填写您本人负担的份额）（美元）

2. 如您单独支付水费，支付金额是多少? 美元

**请寄送证明**

多长时间支付一次?  每月  一年两次  每季一次（一年四次）  一年一次

3. 在您所得薪酬中，是否包括免费住房?  否  是

## F 部分 盲人、残障人士、慢性病患者或需要疗养院护理人士

这些问题可帮助我们确定最适合申请人的计划。

**如果申请人中没有盲人、残障人士、慢性病患者或入住疗养院者 停止 请转到 G 部分。**

1. 您或与您同住且提出申请的任何人，是否居住在住院治疗机构中，或者在医院、疗养院或其他医疗机构接受疗养护理?  否  是 如果选择“是”，请完成本申请表并填写补充材料 A。

2. 您或与您同住的任何人，是否为盲人、残疾人士或慢性病患者?  否  是 如果选择“是”，请完成本申请表并填写补充材料 A。

注意：如果您只准备申请 Medicare Savings Program (MSP)，请转到第 G 部分。无需填写补充材料 A。

## G 部分 其他医疗相关问题

1. 在本月或本月之前三个月内，申请人是否有已付清或未付清的医疗或处方账单？Medicaid 可能支付此类账单或为您报销相关费用。  否  是 如果选择“是”，请提供姓名：  
在前三个月的期限内，您的医疗账单费用是发生在哪一个月或哪几个月？

**请寄送证明** 三个月期限内发生医疗账单费用的当月收入证明。如果您需要报销已经支付的医疗费用，请务必寄送缴费证明和相关文件副本。

2. 在三个月期限之前，您或其他申请人是否有任何未付清的医疗或处方账单？  否  是
3. 在最近三个月内，您或其他同时申请的同住家庭成员是否由 New York State 其他郡或其他州搬迁至本郡？  否  是 如果选择“是”，请说明是谁：  
哪个州？  
哪个郡？
4. 申请人是否涉及因伤害导致且正处于审理过程中的法律诉讼程序？  否  是 如果选择“是”，请说明是谁：
5. 申请人是否涉及 Workers' Compensation 案例或因他人导致的受伤、疾病或残障情形（可由保险报销）？  否  是 如果选择“是”，请说明是谁：

## H 部分

### 父母或配偶不与家人同住或已亡故

怀孕申请人和只为其子女提出申请的家庭无需填写本部分。除非有正当理由，否则对于所有其他年满 21 周岁的申请人而言，即便配偶或未成年申请人的父母任何一方不在家中居住，也必须提供其相关信息以符合医疗保险的申请条件。如果父母中有任何一方不愿意提供此类信息，其子女仍可能具备申请资格。如果您担心提供不在家中居住的未成年人家长或配偶的相关信息会给自己带来生理或心理上的伤害，即可免于提供此类信息。这就是所谓的“正当理由”。当然，我们将询问您产生上述忧虑的合理原因。

1. 申请人的配偶或父母是否亡故？（如果父母或配偶亡故，请转至问题 3。）  否  是 如果选择“是”，请注明父母或配偶亡故的申请人姓名

2. 未成年申请人的父母是否有任何一方不在家中居住？（如果选择“否”，请转至问题 3）  否  是  
如果您担心提供不在家中居住的未成年人家长的相关信息会给自己带来生理或心理上的伤害，请勾选此方框 。

儿童姓名： 不在家中居住的父母一方姓名 当前或最近能够获知的地址：  
街道： 城市/州：  
出生日期（如果已知）： / / 社保号（如果已知）：

儿童姓名： 不在家中居住的父母一方姓名 当前或最近能够获知的地址：  
街道： 城市/州：  
出生日期（如果已知）： / / 社保号（如果已知）：

3. 申请人的配偶是否不在家中居住？  否  是 如果选择“是”，请注明已婚申请人的姓名：  
如果您担心提供不在家中居住的配偶的相关信息会给自己带来生理或心理上的伤害，请勾选此方框

不在家中居住的配偶正式姓名： 当前或最近能够获知的地址：  
街道： 城市/州：  
出生日期（如果已知）： / / 社保号（如果已知）：

## I 部分 医疗计划的选择 这些问题可帮助我们确定最适合申请人的计划。

如果您属于 Medicare 受益人， **停止** 请跳过本部分内容。

**重要事项：** 参加 Medicaid 的大部分人员也必须选择医疗计划；如果您未做出选择，我们将自动为您登记参加某一个计划，除非您属于豁免范畴。如需了解您所在郡提供的医疗计划详情、您的医生属于哪一个计划以及您是否必须参加某一个计划，请拨打 1-800-505-5678 联系 New York Medicaid CHOICE 专线。当然，您也可以联系或拜访本地社会服务部门。如果您已经做出决定，请参考本部分内容进行相关计划的选择。

**注意：** 如果您或您的家人符合 Medicaid 的申请条件，则我们将在您选择的医疗计划中为您登记注册。如果您是美洲印第安人/阿拉斯加原住民，则无需参加医疗计划；您可以拨打电话或递交书面文件或者勾选此方框，以便告知本地社会服务部门您不希望参加任何一个医疗计划。□

| 正式姓氏 | 正式名字 | 出生日期 | 社保号 | 您参加的医疗计划名称 | 首选医师<br>或医疗中心（可选）<br>如果选择您当前的提供者，<br>请勾选此方框 | 妇产科（可选） |
|------|------|------|-----|------------|---|---------|
|      |      |      |     |            | <input type="checkbox"/>                    |         |
|      |      |      |     |            | <input type="checkbox"/>                    |         |
|      |      |      |     |            | <input type="checkbox"/>                    |         |
|      |      |      |     |            | <input type="checkbox"/>                    |         |
|      |      |      |     |            | <input type="checkbox"/>                    |         |
|      |      |      |     |            | <input type="checkbox"/>                    |         |

## J 部分 签名

我同意，仅在 Medicaid、I 部分指定的医疗计划、本地社会服务部门和协助申请的机构之间分享本申请表上的信息及其年度更新信息。我也同意，向为申请人提供服务的学校医疗中心分享上述信息。我明白，分享上述信息旨在判断申请 Medicaid 的资格条件，或评估此类计划的运营管理情况。所有成年申请人必须在下方空白处签署本申请表。

我已经通读并了解本申请手册下一页所列“条款、权利与义务”部分的内容。我证明，据我所知，本申请表的所有信息均属实，否则愿受伪证的处罚。

|    |                 |
|----|-----------------|
| 日期 | 成年申请人或申请人授权代表签名 |
| 日期 | 成年申请人或申请人授权代表签名 |

## 健康护理委托书

如果您无法做出决定，New York Health Care Proxy Law 允许您选择信任的人员帮您做出医疗决定。该人员被称为健康护理代理人。

您可登录 New York State Department of Health 网站

[www.health.ny.gov/professionals/patients/health\\_care\\_proxy](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy) 了解 New York State Health Care Proxy Law 并获取健康护理代理人表格（委托书表格）。

要获取表格副本，请拨打 New York State Medicaid Help Line 1-800-541-2831。

# 条款、权利与义务

通过填写并签署本申请表，即表示我申请参加 Medicaid。我明白，本申请表连同其他补充材料将送交待申请计划的所属管理机构。我同意公开本申请表提供的个人信息和财务信息以及其他必需信息，以供有关部门审核我是否拥有参加计划的资格。我明白，日后我可能还需要提供更多材料。我同意，在本申请表上的信息发生任何变更时，第一时间向有关部门报告。

- 我明白，我必须提供必要的信息来证明自己符合各计划的申请条件。如果我已经无法提供 Medicaid 所需的信息，我会向本地社会服务部门说明情况。本地社会服务部门或其指定人员可帮助我获取此类信息。
- 如果我申请计划的机构并非本地社会服务部门，并且在本次申请的过程中，我的子女经审核不符合 Medicaid 的申请条件，我可以与本地社会服务部门联系，为子女争取以其他条件参加 Medicaid 的机会。
- 我明白，我或我的家人提出申请的计划所属管理部门将派出工作人员来核实本申请表中提供的信息。上述计划管理部门将根据 42 U.S.C. 1396a (a) (7) 和 42 CFR 431.300-431.307 以及联邦/纽约州的任何适用法律法规要求，对申请表的相关信息严格保密。
- 我明白，Medicaid 不会为我支付应由保险公司或其他人缴纳的医疗费用，此外，如果我申请 Medicaid，即表示在我享受计划福利期间，我将向配偶或 21 周岁以下未成年人父母追索和接收医疗资助的所有权利，以及向第三方追索和接收医疗费用的权利让渡给计划管理部门。
- 对于医疗保险或事故保险福利或者我有权享受的任何其他资源，我都会在必要时提出索赔申请。我明白，如果使用医疗保险对我（或我为之承担法律责任的人员）的健康或安全造成威胁，我有权以正当理由拒绝在使用医疗保险的事务上与有关部门合作。
- 我明白，我参加 Medicaid 的资格不会受到我的种族、肤色或原国籍影响。我也明白，根据计划的要求，我的年龄、残障程度或公民身份可能成为决定我是否合格的影响因素。
- 我明白，如果我的子女参加 Medicaid，他/她即可获得基础医疗和预防医疗，包括通过 Child/Teen Health Program 提供的所有必需医疗服务。如需了解有关 Child/Teen Health Program 的更多信息，我可以联系本地社会服务部门。
- 我明白，任何人为获取上述计划的服务而故意撒谎或隐瞒真相，均属于犯罪行为并将遭致联邦政府和州政府的惩罚，他/她需要返还已领取的福利金额，同时缴纳罚款。New York State Department of Tax and Finance 有权审查本申请表上的收入信息。

## 社保号 (SSN)

所有申请人均需提供 SSN，除非该人士为不具备资格的非公民。我明白，上述要求源自联邦法律（即 42 U.S.C. 1320b-7 (a)）以及 Medicaid 的相关法规（即 42 CFR 435.910）。如果我的家庭成员不申请社会福利，则无需提供其自身的 SSN。如果申请资格取决于我配偶所拥有的财产数量，如果提供了我的配偶的 SSN，可对财产进行核实。申请人提供的 SSN 有很多用途，例如用于本地社会服务部门 (DSS) 内以及 DSS 与联邦政府、州政府和地方机构之间的事务，其使用地点可能在 New York，也可能在其他司法辖区。使用 SSN 的示例如下：核实身份，确定并验证劳动所得和非劳动所得，了解无监护权的家长是否能为子女投保医疗保险，了解申请人是否能获得医疗费用的资助，了解申请人是否能获得资金或其他支持，以及核实申请人及其未申请的配偶所拥有的财产。SSN 的另一个用途是在中央政府 Medicaid 管理机构内部以及部门之间确定计划受益人的身份，以确保受益人能够享受适当的服务。

## 仅适用于 Medicaid 申请人

- 披露教育档案  
我允许本地社会服务部门和 New York State 获取有关我子女（此处指定）教育档案的任何信息，以便申请 Medicaid 的报销款项来支付与医疗相关的教育服务费用，其他用途仅限于向相应联邦政府机构提供此类信息以满足审计要求。
- Early Intervention Program  
如果我的子女需要参加 New York State Early Intervention Program 或接受其评估，我允许本地社会服务部门和 New York State 向我所在郡的 Early Intervention Program 管理部门披露我的子女申请 Medicaid 的材料信息，以便其为 Medicaid 开立缴费账单。
- 医疗费用的报销  
我明白，我有权在申请 Medicaid 的过程中或之后一段时间内，要求报销我在申请前三个月时间内所接受且属于报销范围内的医疗、服务和供应品费用。自本人申请之日起至本人领取 Medicaid benefit card (Common Benefit Identification Card (CBIC)) 之日止，我明白**仅**在我使用 Medicaid 在册提供者时才能报销我支付的属于报销范围内的必要医疗护理、服务和供应品费用，并且即使我支付了更多费用，报销金额也不会超过服务时的 Medicaid 费率或费用。我明白，一旦我收到 Medicaid (CBIC) benefit card，我必须使用 Medicaid 在册提供者或“Medicaid 管理式医疗”计划网络中的提供者，才能获得报销范围内的护理和服务，而且我的提供者必须向 Medicaid 或我的“Medicaid 管理式医疗”计划提交申请，以报销必要的医疗服务，并且不会对我在该服务日期之后产生的费用和自付费用进行报销。



## Medicaid 管理式医疗

我已经通过阅读材料了解到如何确定我所在的郡有哪些 Medicaid 管理式医疗计划。我明白，如我及任何正在申请的家庭成员符合 Medicaid 的资格，并被要求参加管理式医疗计划，本人及任何提出申请的合格家庭成员，将被列入本人选择的医疗计划。

我已经通过阅读材料了解到：如何确定我作为管理式医疗计划会员应享受的权利和福利，以及管理式医疗计划会员享受福利的限制条件。我明白，在 Medicaid 管理式医疗计划中，我必须选择一位 Primary Care Provider (PCP)，而且我参加的医疗计划将至少配备三位 PCP 供我选择。我明白，一旦参加医疗计划，我就必须向该计划中注册的 PCP 和其他医师求医，只有少数例外情况。

我明白，如果在我参加 Medicaid 管理式医疗计划时生育了孩子，我的孩子将参加相同的医疗计划。

### 披露医疗信息

我同意在以下情形中披露我（以及我有权代为表示同意的任何家庭成员）的任何相关医疗信息：

- 由我的 PCP，任何其他医疗服务提供者或 New York State Department of Health (NYSDOH) 向我的医疗计划以及照顾我或我家人的任何医疗服务提供者披露合理的必要信息，以便我的医疗计划或医疗服务提供者开展治疗、缴费或医疗护理工作。这其中包括药房信息以及其他有助于为我进行医疗管理的医疗诊断信息；
- 由我的医疗计划和任何医疗服务提供者向 NYSDOH 以及其他联邦政府、州政府和地方机构的主管部门披露，以满足 Medicaid 计划的运营管理要求；且
- 由我的医疗计划向其他人或其他机构披露合理的必要信息，以便我的医疗计划开展治疗、缴费或医疗护理工作。

我也同意，我和我家人的 HIV、心理健康、酒精和药物滥用信息可在法律允许的范围内应治疗、缴费和医疗保健工作的需要而披露，除非我撤销该同意声明。

如果家庭中有一名以上的成年人参加 Medicaid 健康计划，则此处所述有关披露信息的同意声明必须要求所有参与申请的成年人签名。

## 非歧视政策声明

New York Medicaid 计划遵守适用的联邦民权法和州法律，不得因种族、肤色、原国籍、信仰/宗教、性别、年龄、婚姻/家庭状况、残障、刑事逮捕记录、定罪记录、性别认同、性取向、先天遗传特征、服役状况、家庭暴力受害者身份和/或报复行为而歧视他人。

如果您认为 New York Medicaid 计划歧视您，您可以访问 [http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/) 或发送电子邮件至 Diversity Management Office (DMO@health.ny.gov) 提出投诉。

您也可用电子方式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提交民权投诉，网址为 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或通过邮寄或电话方式联系 U.S. Department of Health and Human Services，地址为 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201，电话为 800-368-1019 (TTY 800-537-7697)。可通过网址 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> 获取投诉表格。

## 便利措施

New York Medicaid 计划为残障人士提供免费援助和服务，以便其与我们进行有效沟通，比如：

- TTY，通过 NY Relay Service
- 如果您是失明或视力严重受损人士，并且需要其他格式（大字印刷版本、音频或数据 CD 或盲文）的通知或其他书面资料，并且您居住在 New York City 之外的郡，请联系本地社会服务部门。如果您居住在 New York City 的五个行政区，请拨打 212-331-4640 联系 Human Resources Administration 的 Office of Constituent Services。或者在本申请表第 1 页的 A 部分告知我们。

NY Medicaid 计划还为主要语言为非英语的人士提供免费的语言协助服务，比如：

- 合格的口译人员
- 其他语言的书面信息

如果您需要这些服务或更多有关合理便利措施的信息，并且您居住在 New York City 之外的郡，请联系本地社会服务部门。如果您居住在 New York City 的五个行政区，请拨打 212-331-4640 联系 Human Resources Administration 的 Office of Constituent Services。

## 限官方使用

### 由协助完成申请流程的工作人员填写

获取申请资格材料的工作人员签名：

X

雇用机构：（请勾选一项）  医疗计划  本地社会服务部门  提供者机构  有资格的实体

雇主名称：

### 由本地社会服务部门使用

资格核实人：

日期：

资格审批人：

日期：

中心办公室：

申请日期：

单位 ID：

工作人员 ID：

案例名称：

行政区划：

案例类型：

案例编号：

生效日期：

MA 处理原因代码：

拒绝代码  撤回代码

代理：

否  是

登记编号：

版本：



