紐約州與 EPIC 聯邦醫療保險 攜手並進

什麼是 EPIC？

「老人藥品保險計畫」（Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC）是紐約州為老年人提供的共付額補助計畫，其宗旨是為會員在其保障缺口（空窗）期間幫助支付聯邦醫療保險 D 部份所承保的處方藥。另外，EPIC 也幫助會員支付其在保障缺口期間所購買之聯邦醫療保險 D 部分不承保的藥物。EPIC 共付額為 $3 至 $20，依實際藥物費用而定。

本計劃是免費的，沒有任何費用或自付額。另外，若單身會員年收入不超過 $23,000 或已婚會員年收入不超過 $29,000，則 EPIC 將為其支付聯邦醫療保險 D 部份保費，金額以基本型計畫為上限。收入較高者必須自行支付 D 部份保費。

誰能加入？

- 紐約州居民，年滿 65 歲，單身者年收入不超過 $35,000，已婚者年收入不超過 $50,000，以及
- 已加入醫療補助抵降保費計畫（Medicaid spend down）但並未領取完整醫療補助福利之符合資格的老年人

加入聯邦醫療保險 D 部份藥物計畫

申請人可在加入一項聯邦醫療保險 D 部份計畫之前提出申請 EPIC，但所有 EPIC 會員都必須投保 D 部份計畫才能享有 EPIC 福利。由於 EPIC 是一項合格的州級醫藥補助計畫（state pharmaceutical assistance program, SPAP），因此會員們一旦加入 EPIC 之後，即可在當年度加入一項 D 部份計畫，或者有一次機會轉換至另一個聯邦醫療保險 D 部份計畫。

如何申請

- 請填妥申請書並簽名。
- 若您已婚，您和您的配偶可用同一份表格申請。
- 若已婚且同住，則兩人都必須在表格上簽名。
- 填寫您上一個日曆年度的總收入。
- 若您已婚且同住，即使您和配偶只有一人申請，仍須申報兩人的總年收入。

欲知更多訊息，請撥打 EPIC 免費協助專線：**1-800-332-3742（聽障專線 1-800-290-9138）**
若要下載英文或西班牙文版本申請書，請至網址：**http://health.ny.gov** 按一下「*EPIC for Seniors*」
或寫信至：

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, New York 12212-5018

紐約州與 EPIC 聯邦醫療保險 攜手並進

申請書

請以正楷清楚書寫！

誰要申請？☐ 只有**您本人**　☐ 您本人**以及配偶**

您的姓氏　名字　中間名縮寫

轉交姓名（若與上面不同）

您的居住地址（非郵政信箱）

城市　州　郵遞區號

您的收信地址（若與上面地址不同）

城市　州　郵遞區號

社會安全號碼

性別

☐ 女　☐ 男

您的出生日期

月　日　年

_____ / _____ / _____

您的電話號碼

區碼　電話號碼

(　　)

婚姻狀態

☐ 喪偶、單身或離異

☐ 已婚

☐ 已婚但分居

配偶姓名（若在世）

姓氏　名字　中間名縮寫

配偶的社會安全號碼

配偶的出生日期

月　日　年

_____ / _____ / _____

請填寫您的聯邦醫療保險理賠申請號碼（紅白藍卡）_____

請填寫配偶的聯邦醫療保險理賠申請號碼（紅白藍卡）_____

（請填寫第 2 頁）

需要幫助嗎？請撥打免費電話：　1-800-332-3742

申報您上一個日曆年度的總收入。

- **若您已婚且同住，即使您和配偶只有一人申請，仍須申報您和配偶兩人的總年收入。若已婚但分居，則只須申報您的年收入。**
- **月收入乘以 12 即為年收入。**

	您的年收入	配偶年收入
1. 用支票或直接存款支付給您的社會安全福利金和/或鐵道退休福利金（減去聯邦醫療保險保費）	$ _____	$ _____
2. 其他收入：包括退休金、年金、利息、股利、IRA 帳戶提款、資本利得、薪資、營業收入或虧損、租賃淨所得等等。	$ _____	$ _____
3. 總年收入（**1**、**2** 行相加）	$ _____	$ _____

請詳閱以下聲明並簽名：

我保證本申請書上的資訊正確無誤。我居住在紐約州，且目前並未領取完整的醫療補助（Medicaid）福利。 我知道我必須提供年齡、收入、住所、聯邦醫療保險（Medicare）狀態以及聯邦醫療保險 D 部份藥物計畫（若有）的證明。我也知道我需要加入聯邦醫療保險 D 部份藥物計畫，才能加入 EPIC。我瞭解若我無法提供必要的識別資料來加入 D 部份計畫或聯邦醫療保險補助計畫（若符合資格），則可能導致 EPIC 終止承保。我同意 EPIC、社會安全局、聯邦醫療保險、紐約州醫療補助計畫、紐約州稅捐處、聯邦醫療保險 D 部份計畫以及其他需要的機構可互相交換所有必要資訊，以核對我的資格。若發生 EPIC 重複付款或超付的情形，我願將我在任何一個 D 部份計畫或政府補助計畫之下所享有的藥物福利轉讓給 EPIC。我授權我的醫療服務提供者可向 EPIC 提供有關我的處方藥和/或診斷方面的醫療資訊，以用於付款、稽核或相關的醫療保健作業。

您和您的配偶（若已婚且同住）必須在下面簽名：

_____ _____
您的簽名（法定代理人） 日期

_____ _____
配偶簽名（法定代理人） 日期

授權（非強制，可自選）：我同意 EPIC 可在必要時對以下參與照護我的人士/家人披露我的資訊，以處理我的 EPIC 福利事宜。

_____
請以正楷書寫姓名

表格填寫完成後請寄至：

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018

或傳真至：(518) 452-3576

紐約州與 EPIC 聯邦醫療保險 攜手並進

本申請書上的資訊將受到嚴格保密，
並只用於決定您是否符合資格申請 EPIC。