通过填写并签署本申请表，即表示我申请参加 Medicaid、Family Health Plus以及Child Health Plus。我明白，本申请表连同有关通知和其他补充材料将送交待申请项目的所属管理机构。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符合参加项目的资格。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 或Family Health Plus所需的信息，我会向Department of Social Services说明情况。Department of Social Services可帮助我获取相关信息。
- 如果我申请项目的机构并非本地Department of Social Services，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Department of Social Services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项目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。上述项目管理部门将根据 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。
- 对于申请Child Health Plus，我同意支付 New York State政府缴纳份额以外的适用保费。
- 我明白， Medicaid 、 Family Health Plus以及Child Health Plus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 或Family Health Plus，即表示在我享受项目福利期间，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项目管理部门。
- 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，我参加上述项目的资格不会受到我的种族、肤色或原国籍影响。我也明白，根据各项目的不同要求，我的年龄、性别、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 或Family Health Plus，他/她即可获得基础医疗护理和预防医疗护理，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，任何人为获取上述项目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。

SOCIAL SECURITY号码

Child Health Plus：参加Child Health Plus无需提供SSN。但是如果我的子女有SSN，我会在为其申请Child Health Plus时提供这一信息。 Medicaid 或Family Health Plus：所有申请人均需提供SSN，除非其为孕妇或不具备资格的外籍居民。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。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）。申请人提供的SSN有很多用途，例如用于Department of Social Services（DSS）内以及 DSS 与联邦政府、州政府和地方机构之间的事务，其使用地点可能在纽约州，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申请人投保医疗保险，了解申请人是否能获得医疗费用的资助，以及了解申请人是否能获得资金或其他支持。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项目受益人的身份，以确保受益人能够享受适当的服务。此外，如果我在本联合申请表中提出申请其他项目，则此类项目也可获取我的SSN并将其纳入项目管理范畴。

仅适用于 MEDICAID 申请人

- **披露教育档案**
  我允许本地Department of Social Services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Department of Social Services和 纽约州政府向我所在县市的“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护理、服务和供应品费用。至于申请日期之后的报销事宜，则只有在 Medicaid 认可的注册医疗服务提供者处接受医疗护理、服务和供应品，才能报销医疗费用。

FAMILY HEALTH PLUS AND MEDICAID MANAGED CARE

我明白，为享受Family Health Plus的福利，我必须参加一个管理式医疗计划。我也了解在某些县市，参加医疗计划可能是享受 Medicaid 福利的必要条件。我已经通过阅读材料了解到：如何确定我所在县市是否有 Medicaid 受益人必须参加医疗计划的规定，以及如何确定我可以参加Family Health Plus以及 Medicaid 提供的哪些计划。我明白，如果我符合Family Health Plus的申请条件，我将被纳入我先前选择的Family Health Plus所列计划。我/我们也明白，如果我/我们符合 Medicaid （而不是Family Health Plus）的申请条件，并且我/我们所在县市有 Medicaid 受益人必须参加管理式医疗计划的规定，则我/我们将被纳入我/我们先前选择的医疗计划，除非该计划不属于 Medicaid 的管理式医疗范围。

如果我/我们所在县市没有 Medicaid 受益人必须参加管理式医疗计划的规定，我/我们仍将被纳入我/我们先前选择的医疗计划，除非我/我们以书面文件形式通知本地Department of Social Services，或勾选第 I 节的方框，表示我/我们不愿意参加该计划。

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Family Health Plus以及 Medicaid 的管理式医疗计划，我必须选择一位主治医师（PCP），而且我参加的医疗计划将至少提供三位主治医师让我选择。我明白，一旦参加医疗计划，我就必须向该计划中注册的主治医师和其他医师求医，只有少数例外情况。

我明白，如果我的子女在我参加 Medicaid 的管理式医疗计划期间降生，他/她将被纳入我所在的同一医疗计划。我明白，如果我的子女在我参加Family Health Plus所列计划期间（该计划亦属于 Medicaid 的管理式医疗范围）降生，他/她将被纳入我所在的同一医疗计划。

- **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：
  - 由我的主治医师，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、缴费或保健工作。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 New York State Department of Health (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、Family Health Plus 以及 Child Health Plus 的运营管理要求；
  - 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、缴费或保健工作。

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 或Family Health Plus的医疗计划，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。

- **医疗费用的报销**
  我明白，如果经审核符合Family Health Plus的申请条件，我将在完整申请表提交之日起 90 天内正式获准参加该项目。如果上述过程出现错误或延迟， Medicaid 可为我报销因此处所述错误或延迟而导致的合理医疗费用。只有在我的医疗服务提供者属于 Medicaid 注册医疗服务提供者的情形下， Medicaid 才会替我向其支付任何医疗费用的欠款。

仅限官方使用

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）☐ 社区便民登记机构 ☐ 医疗计划 ☐ Department of Social Services ☐ 医疗服务提供者所在机构 ☐ 有资质的实体 雇主名称：_____	

由便民登记机构工作人员填写

便民登记机构工作人员:		主要机构/计划名称:	主要组织/计划 ID:
协助填写申请表 所用语言:	申请起始日期:	申请表序列号:	申请 结束日期:	儿童申请的类别代码: Medicaid _____ Child Health Plus _____

由本地Department of Social Services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: ☐ 撤销	代理: ☐ 是 ☐ 否	登记编号:	版本:

由Child Health Plus所列计划使用

CHPlus 处理: ☐ 批准 ☐ 拒绝	拒绝代码:	生效日期:	儿童登记编号 (CHPlus):

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材料。我们只需要您或其他申请人的相关证件。我们需要查验身份证以及美国公民身份证明的原件或经过核证的副本。请联系本地Department of Social Services或拨打 1-800-698-4543 了解身份证以及美国公民身份证明的提交渠道。很多地方的Department of Social Services和Child Health Plus所列计划都不接受邮寄原件，请务必在邮寄之前联系相关机构确认这种提交方式是否可行。其他证明文件的副本可随申请表一起邮寄。

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。

自 2010 年 7 月 1 日起，美国公民的子女如符合Child Health Plus的申请条件，即可提供SSN，而无需提供身份证件或美国公民身份证明。

可提供以下某一种文件来证明您的美国公民身份和出生日期：

- ☐ 美国护照书/卡 或
- ☐ 入籍证明（DHS N-550 或 N-570 表格）或
- ☐ 美国公民身份证明（DHS N-560 或 N-561 表格）或
- ☐ 纽约州加强型驾照 (EDL)。

如果无法提供上述文件，也可从以下列表的某一种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。

如果您没有上述文件，请参考“如何获取帮助”一节的说明信息。西类文件中选择。

带有 * 的文件也会注明出生日期

美国公民身份

- ☐ 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)
- ☐ 美国原住民部落证明文件*
- ☐ 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

身份

- ☐ 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国原住民/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 16 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 16 周岁以下儿童）*

如果未能提供注明出生日期的上述某一种文件，则您还需要提交下列文件之一：

- ☐ 结婚证明
- ☐ NYS Benefit Identification Card

*请在下列期限内返回所有必需材料：_____ 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”一节的说明信息。

我们需要查验以下**某一种**文件来确认您的移民身份和出生日期：
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：移民局批准通知书
- ☐ 在 1972 年 1 月 1 日之前抵达美国连续居住的证明

家庭住址：此地址必须与申请表第 A 节填写的地址匹配。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、提供收入来源的人员或机构出具的信函、书面文件或支票存根的副本。您不必向我们出示所有证明材料，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）
- ☐ 最近签署并注明日期的个人所得税申报单及所有附表**
- ☐ 业务/工资记录

自营职业
- ☐ 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
- ☐ 发放信函/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.state.ny.us) 的受益人账户信息打印文件
- ☐ Direct Payment Card 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

Social Security
- ☐ 发放信函/证明
- ☐ 年度福利对账单
- ☐ Social Security Administration出具的信函

Workers' Compensation
- ☐ 参保信
- ☐ 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 Epicard 打印票据的副本
- ☐ 来自 www.newyorkchildsupport.com
- ☐ 显示直接存款的银行对账单副本

退伍军人福利
- ☐ 发放信函
- ☐ 福利支票存根
- ☐ Veterans Affairs出具的信函

军队服役收入所得
- ☐ 发放信函
- ☐ 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对账单
- ☐ 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）

**非自营职业的个人所得税申报单可用作第二年 4 月 1 日前的申请证明材料。

G 节 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”：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纽约州其他县市或其他州搬迁至本县/市？ ☐ 否 ☐ 是
如果选择“是”，请注明姓名：________ 搬迁前居住在哪一个州？________ 搬迁前居住在哪一个县/市？________

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”，请注明姓名：________

5. 申请人是否涉及Workers' Compensation索赔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”，请注明姓名：________

H 节 父母或配偶不在家中居住或已亡故

为子女和孕妇提出申请的家庭**不**要求填写本节内容。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？ ☐ 否 ☐ 是
如果选择“是”，请注明父母或配偶亡故的申请人姓名：________（如果父母或配偶亡故，请转至问题 3）

2. 申请人（未成年人）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 ☐

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

I 节 医疗计划的选择

如果您属于 Medicare 益人，停止 请跳过本节内容。

重要事项：参加Family Health Plus以及Child Health Plus的人员**必须**选择用于获取医疗服务的医疗计划。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。**针对 Medicaid 和Family Health Plus：**如需了解您所在县市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。当然，您也可以联系或拜访本地Department of Social Services。如需了解Child Health Plus所列计划的详情，请拨打 **1-800-698-4543** 进行咨询。如果您已经做出决定，请参考本节进行相关计划的选择。

备注：如果您或您的家人符合 Medicaid 的申请条件，同时所选择的医疗计划也提供 Medicaid 服务，则我们将在该医疗计划中为您登记注册。如果您所在县市没有 Medicaid 的受益人必须参加医疗计划的规定，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Department of Social Services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	SSN	您参加的医疗计划名称	首选医师或医疗中心（可选）如果选择您当前的医疗服务提供者，请勾选此方框	妇产科（可选）
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

J 节 签名

我同意，仅在 Medicaid、Family Health Plus、Child Health Plus、第 I 节指定医疗计划、本地社会服务部门和协助申请的便民登记机构之间分享本申 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、Family Health Plus、Child Health Plus的资格条件，或评估此类项目的运营管理情况。所有成年申请人必须在下方空白处签署本申请表。通过签署本申请表，即表示我明白 Medicaid、Family Health Plus以及Child Health Plus的所有申请人如符合条件，将被纳入相应的项目当中。**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”一节的内容。**本人证明，据我所知本申请表上的所有内容均属实，如有不实依法甘受伪证罪之罚。

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 ________