

Access NY 附表 A

如果申请人符合下列条件，请务必填写本附表：

- 年满 65 周岁
- 持有官方证照的盲人或残疾人士（不限年龄）
- 不属于持有官方证照的残疾人士，但是患有慢性疾病
- 长期入住疗养机构，并且正在申请报销疗养费用。
这包括等同于疗养机构的医院护理费用

备注：如果您只准备申请Medicare Savings Program (MSP)，则无需填写本附表。

说明：

- 第 A 节至第 F 节均为必填项目，并且申请人必须在本附表上签名。
- 如果您或您的任何家人正在申请报销疗养机构费用，您还需填写第 G 节至第 I 节的内容。

A. 本附表针对以下申请人：

正式姓氏	正式名字	中间名字的首字母	Social Security号码	婚姻状态

备注：下列问题仅针对上述指定人人士。

B. 盲人、残疾人士或慢性病患者

1. 您是否属于慢性病患者？ 是 否
(慢性病的示例包括因某种疾病或损伤导致无法工作的时间在 12 个月以上，或者患有某种已经持续或预期将持续 12 个月的疾病或障碍性损伤。)

2. 您是否属于Commission for the Blind and Visually Handicapped认可的盲人？
(如果选择“是”，请寄送证明文件。) 是 否

3. 如果您属于有工作的残疾人士，您是否有意愿申请 MBI-WPD 项目？ 是 否

Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) 可为年龄在 16 至 65 周岁之间的已就业残疾人士提供Medicaid。上述项目对申请人设置的收入水平门槛高于普通的Medicaid，因此有工作的残疾人士可在保留Medicaid的同时，赚取更多的收入。

C. 您是否居住在“成人之家”或辅助生活机构？ 是 否

D. 资源/资产（请勾选适用方框）：

- 您正在申请参加Medicaid，但不寻求报销长期社区看护服务的费用。您需要证实所拥有的资源的金额。您不必提交所拥有的资源的相关文件。疗养院护理、家庭护理或下列任何其他长期社区看护服务费用均不在报销之列。*
- 您正在申请报销长期社区看护服务的费用。您必须提交当前资源金额的证明文件。*此处所述长期社区看护服务包括：
- 成人日间保健服务
 - 有限许可家庭护理服务
 - 私人护理服务
 - 社区临终关怀服务
 - 家庭临终关怀项目
 - 辅助生活项目
 - 消费者主导型个人辅助项目
 - 经过核准的家庭护理机构服务
 - 住院治疗机构护理服务
 - 个人紧急响应服务
 - 个人护理服务
 - 社区管理式长期看护服务
 - 通过家庭社区型豁免项目提供的豁免服务和其他服务

备注：提供豁免服务和其他服务的家庭社区型豁免项目示例包括“Traumatic Brain Injury Program”以及“Long Term Home Health Care Program”。

- 您已经长期入住疗养机构，并且正在申请报销疗养费用。您必须提交自 2006 年 2 月 1 日以来或过去 60 个月内（两个期限取较短者）所拥有的资源的相关文件。

*您可能符合短期康复服务费用报销的申请条件。短期康复服务是指在为期 12 个月的时间内发生/入住，并且时长不超过连续 29 天的疗养护理和/或经过核准的家庭护理。

请列出您和/或您的配偶/父母拥有的全部资源（包括保管账户）。如需申请报销疗养费用，还应列出自 2006 年 2 月 1 日以来或过去 60 个月内（两个期限取较短者）关闭的任何账户；包括账户关闭时的余额，同时说明余额的去向或用途。请单独使用一张纸，详细说明每一笔 2,000 美元以上的交易。备注：Medicaid保留在资产转移追溯审查期内审查所有交易的权利。

1. 支票/储蓄/信用合作社账户/定存 (CD)：

银行名称和 账号	账户所有人姓名	当前金额 (美元)	已关闭的账户余额/ 关闭日期
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

2. 退休金账户（递延报酬、个人退休金计划和/或自雇人员退休金计划）：

账号	账户所有人姓名	类型/机构	当前金额 (美元)	支付
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

3. 人寿保单：				
保险公司	保单编号	保单所有人姓名	兑现价值	面值
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

4. 年金、股票、债券、共同基金：				
理财产品所有人姓名	发行公司	购买日期	价值	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

5. 信托账户：如果您和/或您的配偶曾经建立信托账户或属于信托受益人，请提交相关信托文件的副本，包括信托资产明细表。					
信托名称	委托人	受托人	资产	受益人	收入
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

6. 安葬资产/安葬合约：（包括副本）

您和/或您的配偶是否为您或家庭中的任何其他人士签署过预付费安葬协议？ 是 否

您和/或您的配偶是否为您或家庭中的任何其他人士购买过墓地或墓址？ 是 否

您和/或您的配偶是否专门设立银行账户来保管安葬费？ 是 否

如果选择“是”，您和/或您配偶的安葬费放在哪个/哪些账户中？

银行名称和账号	账户所有人姓名	价值
		\$
		\$
		\$

您是否专门为筹措安葬费购买过人寿保险？ 是 否

如果选择“是”，您的保单号是多少？ _____

如果选择“是”，保单的全部兑现价值都会用来支付安葬费吗？ 是 否

您的配偶是否专门为筹措安葬费购买过人寿保险？ 是 否

如果选择“是”，他/她的保单号是多少？ _____

如果选择“是”，保单的全部兑现价值都会用来支付安葬费吗？ 是 否

7. 交通工具：请列出所有轿车、卡车和面包车。请列出所有休闲类交通工具，包括野营车、摩托雪橇、船只和摩托车。				
交通工具所有人姓名	年份/厂商/型号	公平市价	欠款	使用中？
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

8. 家庭住宅的权益价值：

如果您的家庭住宅归您所有，其权益价值是多少？ \$ _____

备注：权益价值是指公平市价扣除任何未清偿的留置权、抵押贷款等项目之后的价值。

9. 请列出任何其他资源：

资源类型	资源所有人姓名	价值
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

E. 房地产（除家庭住宅以外的不动产）

您和/或您的配偶是否在任何其他房地产中拥有法律权益？（请勾选任何适用项） 是 否

<input type="checkbox"/> 租赁物业	<input type="checkbox"/> 度假别墅	<input type="checkbox"/> 分时度假物业	<input type="checkbox"/> 闲置土地	<input type="checkbox"/> 其他财产权（包括New York State境内及境外）
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---

如果选择“是”，请回答下列问题：

房地产所有人的姓名和住址	房地产地址	所有权类型（请勾选一项）	权益价值
		<input type="checkbox"/> 个人所有 <input type="checkbox"/> 联权共有 <input type="checkbox"/> 终身产权	\$
		<input type="checkbox"/> 个人所有 <input type="checkbox"/> 联权共有 <input type="checkbox"/> 终身产权	\$
		<input type="checkbox"/> 个人所有 <input type="checkbox"/> 联权共有 <input type="checkbox"/> 终身产权	\$
		<input type="checkbox"/> 个人所有 <input type="checkbox"/> 联权共有 <input type="checkbox"/> 终身产权	\$

F. 宅地

1. 您和/或您的配偶是否在您的家庭住宅中拥有法律权益（包括终身产权）？ 是 否

2. 如果您的家庭住宅归您所有，而您目前已经长期入住医疗机构，您以后还会希望回家居住吗？ 是 否

3. 如果选择“否”，现在您的家里还有其他人居吗？ 是 否

现在您的家里还有什么人居住？ _____

上述人士跟您和/或您的配偶有何关系？ _____

如果您和/或您配偶的子女（年龄不限）在家中居住，他/她是否属于残疾人士？ 是 否

备注：如果法律上的障碍让您无法出售此处房产，则其不会纳入确定

Medicaid申请资格的考虑范围。

填写申请表的流程到此为止，除非您或家庭中的任何人长期入住疗养机构，并且正在申请报销疗养费用。请务必注意，申请人还须在本文件的最后一页签名。

G. 在长期看护中心/疗养院居住的申请人

机构名称	入住日期 / /	电话号码 ()	
街道地址	城市	州	邮编
申请人在入住疗养机构以前的住址	城市	州	邮编

H. 资产转移

1. 转移

- a. 您以及您的配偶或代表是否曾经转移、赠送或出售任何资产或变更其所有权（包括您的住宅或其他房产）？ 是 否
- b. 您目前是否正在出售房产？ 是 否
- c. 您以及您的配偶或代表是否曾经变更任何房产的契约或所有权（包括建立终身产权）？ 是 否
如果选择“是”，请注明变更时间 _____
- d. 如果您曾经购买他人的住宅作为终身产业，在您购买之后是否在其中住满一年？ 是 否
- e. 您以及您的配偶或代表是否购买过抵押贷款、贷款或本票？ 是 否
如果选择“是”，请注明购买时间 _____
- f. 您以及您的配偶或代表是否曾经购买或变更年金计划？ 是 否
如果选择“是”，请注明购买或变更时间 _____

2. 在过去 60 个月内，您以及您的配偶是否曾经建立信托账户或者将资产转移至或转出信托账户？ 是 否

如果您对上述任何一个问题的回答为“是”，请在下方说明详情。
如果空间不足，可在其他纸张上书写一并提交。

资产说明（包括收入）	转移日期	转移对象	转移金额
			\$
			\$
			\$
			\$

3. 您以及您的配偶或代表是否曾经将存款交予任何医疗或疗养机构（如养老院、疗养院、退休老人长期看护中心或生活护理中心）？ 是 否
如果选择“是”，请寄送协议副本。

I. 纳税申报

- 您和/或您的配偶在过去四年内是否提交过美国个人所得税申报单？ 是 否
如果选择“是”，请寄送上述纳税申报单的副本。

一旦参加Medicaid，您的房产将被留置并在某些情形下（如果您入住医疗机构并且以后也不可能返回家中）进行清偿。Medicaid可就代为支付的费用向您获取医疗服务期间的法定资助人寻求补偿。Medicaid也可就不应支付的服务成本和保费向您寻求补偿。

根据联邦政府和纽约州政府的法律规定，如果个人在接受疗养服务并获准由Medicaid报销疗养服务费用的第一个月之前，同时处于资产转移的追溯审查期（在信托类资产转移的情形下为 60 个月）内，并且此项资产转移系由个人或其配偶做出的低于公平市价交易，则可能导致其在一定时期内丧失报销疗养服务费用的资格。

作为申请Medicaid报销疗养费用的条件，申请人必须披露其个人或配偶在年金计划中享有的任何利益。无论年金属于不可撤销资源亦或是可计数资源，都需要进行上述披露。

除购买年金以外，申请人或其配偶在 2006 年 2 月 8 日当天或其后进行的特定年金交易，均可被视为资产转移，除非出现下列情况：

- 将纽约州政府指定为剩余资产的第一受益人，且份额不少于Medicaid代为年金受益人支付的金额；或者
- 将纽约州政府指定为配偶或未成年子女/残疾子女之后的第二受益人，或规定如果此处所述配偶或子女授权代表以低于公平市价交易的形式处置此处所述剩余资产，纽约州政府将成为第一受益人。

如果不提供将纽约州政府指定为剩余资产受益人的证明文件，您将无法获得报销疗养服务费用的资格。

如果年金在提出申请时为可计数资源，则您或您的配偶不必将纽约州政府指定为剩余资产的受益人。

本人证明，据我所知本申请表上的所有信息均准确完整，如有不实依法甘受伪证罪之罚。我明白，我必须在本申请表上的任何信息发生变更后 10 日内报告相关部门。

X _____
申请人/代表签名

X _____
签署日期

X _____
申请人配偶签名

X _____
签署日期