New York State and Medicare EPIC Working Together

何謂 EPIC？

Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) 計劃是由 Department of Health 推行的 New York State 計劃。其在 達到任何 Part D 扣除額之後，為銀髮族 提供 Medicare Part D 給付處方藥共付額 補助。EPIC 也給付許多 Medicare Part D 排 除藥物。

- Fee Plan 保戶依據收入向 EPIC 繳交年費。EPIC 共付額介於 3 到 20 美 元之間，視藥物成本而定。享有 Medicare 的 Full Extra Help 者免繳 EPIC 費用。
- Deductible Plan 保戶必須先達到以其收入為準的年度自付扣除額後，才能支付 EPIC 藥物共付額。
- 詳見隨附的 Fee Plan 與 Deductible Plan 級列表。

EPIC 亦 為年收入低於 23,000 美元的單身保戶及年收入低於 29,000 美元的已婚保戶支付Medicare Part D 計劃保費，支付上限為基本計劃金額。

收入較高者必須自行支付 Part D 計劃保費。

- 為了協助這些人支付保費，其 EPIC 扣除額較低 (減去Medicare Part D 藥物計劃年度成本)。
- 收入分級屬 Deductible Plan 列表中陰影區者的 EPIC 扣除額會比所列金額少。

哪些人可投保？

- 紐約州 65 歲或以上且年收入達到 35,000 美元的單身居民或年收入達到 50,000 美元的已婚居民。
- 負擔 Medicaid 自付金額但未 接收 Medicaid 完整福利 的合格老年民眾。

Medicare Part D

所有 EPIC 保戶均須具備 Part D 才能享有 EPIC 福利。由於 EPIC 是一項合格的 State Pharmaceutical Assistance Program，因此保戶可在投保 EPIC 的當年度投保 Part D。保戶每年可變更自己 Medicare Part D 計劃一次。

申請方法

- 填妥隨附申請書並簽名。
- 若已婚，您與配偶可共用一份申請書。
- 若已婚且同住，雙方均須在申請書上簽名。
- 填寫您上一年度的總收入。
- 若已婚且同住，即使只有其中一人提出申請，亦須申報⊠與配偶的合計總收入。

NEW YORK state department of HEALTH

詳情請電洽免付費 EPIC 專線，電話號碼是： **1-800-332-3742** (聽障專線 **1-800-290-9138**)
下載英文或中文申請書，網址為： **http://www.health.ny.gov/health_care/epic/**
或寫信至： **EPIC**
P.O. Box 15018
Albany, New York 12212-5018

New York State and Medicare EPIC Working Together

收費表

單身

年度收入	年費
最高 6 000 USD	8 USD
6 001 – 7 000 USD	16 USD
7 001 – 8 000 USD	22 USD
8 001 – 9 000 USD	28 USD
9 001 – 10 000 USD	36 USD
10 001 – 11 000 USD	40 USD
11 001 – 12 000 USD	46 USD
12 001 – 13 000 USD	54 USD
13 001 – 14 000 USD	60 USD
14 001 – 15 000 USD	80 USD
15 001 – 16 000 USD	110 USD
16 001 – 17 000 USD	140 USD
17 001 – 18 000 USD	170 USD
18 001 – 19 000 USD	200 USD
19 001 – 20 000 USD	230 USD
20 000 美元以上	詳見扣除額計劃

已婚

合計年度收入	年費 (每人)
最高 6 000 USD	8 USD
6 001 – 7 000 USD	12 USD
7 001 – 8 000 USD	16 USD
8 001 – 9 000 USD	20 USD
9 001 – 10 000 USD	24 USD
10 001 – 11 000 USD	28 USD
11 001 – 12 000 USD	32 USD
12 001 – 13 000 USD	36 USD
13 001 – 14 000 USD	40 USD
14 001 – 15 000 USD	40 USD
15 001 – 16 000 USD	84 USD
16 001 – 17 000 USD	106 USD
17 001 – 18 000 USD	126 USD
18 001 – 19 000 USD	150 USD
19 001 – 20 000 USD	172 USD
20 001 – 21 000 USD	194 USD
21 001 – 22 000 USD	216 USD
22 001 – 23 000 USD	238 USD
23 001 – 24 000 USD	260 USD
24 001 – 25 000 USD	275 USD
25 001 – 26 000 USD	300 USD
26 000 美元以上	詳見扣除額計劃

扣除額計劃列表

單身

年度收入		年度扣除額 詳見費用計劃
20 000 美元以下		
20 001 – 21 000 USD		530 USD
21 001 – 22 000 USD		550 USD
22 001 – 23 000 USD		580 USD
23 001 – 24 000 USD	*您的 EPIC 扣除額會比所列金額少。*	720 USD
24 001 – 25 000 USD		750 USD
25 001 – 26 000 USD		780 USD
26 001 – 27 000 USD		810 USD
27 001 – 28 000 USD		840 USD
28 001 – 29 000 USD		870 USD
29 001 – 30 000 USD		900 USD
30 001 – 31 000 USD		930 USD
31 001 – 32 000 USD		960 USD
32 001 – 33 000 USD		1 160 USD
33 001 – 34 000 USD		1 190 USD
34 001 – 35 000 USD		1 230 USD
35 000 美元以上		不符資格

已婚

合計年度收入		年度扣除額 (每人) 詳見費用計劃
26 000 美元以下		
26 001 – 27 000 USD		650 USD
27 001 – 28 000 USD		675 USD
28 001 – 29 000 USD		700 USD
29 001 – 30 000 USD	*您的 EPIC 扣除額會比所列金額少。*	725 USD
30 001 – 31 000 USD		900 USD
31 001 – 32 000 USD		930 USD
32 001 – 33 000 USD		960 USD
33 001 – 34 000 USD		990 USD
34 001 – 35 000 USD		1 020 USD
35 001 – 36 000 USD		1 050 USD
36 001 – 37 000 USD		1 080 USD
37 001 – 38 000 USD		1 110 USD
38 001 – 39 000 USD		1 140 USD
39 001 – 40 000 USD		1 170 USD
40 001 – 41 000 USD		1 200 USD
41 001 – 42 000 USD		1 230 USD
42 001 – 43 000 USD		1 260 USD
43 001 – 44 000 USD		1 290 USD
44 001 – 45 000 USD		1 320 USD
45 001 – 46 000 USD		1 575 USD
46 001 – 47 000 USD		1 610 USD
47 001 – 48 000 USD		1 645 USD
48 001 – 49 000 USD		1 680 USD
49 001 – 50 000 USD		1 715 USD
50 000 美元以上		不符資格

New York State and Medicare EPIC Working Together

申請表

請以正楷工整書寫！

申請人是？ ☐ 僅本人 ☐ 本人與配偶

您的姓氏 名字 中間名縮寫

c/o 姓名 (若與上列不同)

居住地址 (非郵政信箱)

城市 州 郵遞區號

郵件收件地址 (若與上列不同)

城市 州 郵遞區號

Social Security 號碼

性別

☐ 女性 ☐ 男性

您的出生日期

月 日 年

/ /

您的電話號碼

區碼 號碼

( )

婚姻狀態

☐ 寡居、單身或離婚

☐ 已婚

☐ 已婚但分居

配偶姓名 (若仍存活)

姓氏 名字 中間名縮寫

配偶的 Social Security 號碼

配偶的出生日期

月 日 年

/ /

請填寫您的 Medicare 理賠號碼 (紅卡、白卡及藍卡) _____

請填寫配偶的 Medicare 理賠號碼 (紅卡、白卡及藍卡) _____

(請翻面繼續填寫另一面)

需要幫助嗎？請撥免付費電話: **1-800-332-3742**

申報您上一年度的總收入。

- 若您已婚，且夫妻同住，則即使只有一人提出申請，仍需申報您與配偶合計的年度總收入。若已婚但夫妻分居，則只需申請您自己的年收入。
- 將每月金額乘以 **12** 即為年收入。

	您的年收入	配偶的年收入
1. 以支票或直接存入帳戶的方式支付給☒的 Social Security 及/或 Railroad Retirement Benefits (較低的 Medicare 保費)。	$ _____	$ _____
2. 其他收入：Pensions, Annuities, Interest, Dividends, IRA Distributions, Capital Gains, Wages, Business Income or Losses, Net Rental Income 等。	$ _____	$ _____
3. 年度總收入 **(**行 **1** 與 **2** 加總**)**	$ _____	$ _____

請仔細閱讀後於下方簽名：

本人保證，本申請書中所載資訊均正確無誤。本人居住於紐約州，目前並未接受完整的 Medicaid 福利。
本人瞭解，本人需提供年齡、收入、住處、Medicare 狀態及 Medicare Part D 藥物計劃 (如果有) 的證明文件。本人也瞭解，本人需加入 Medicare Part D 藥物計劃才能加入 EPIC。本人瞭解，若未能提供加入 Part D 計劃或 Medicare 補助計劃 (若符合資格) 所需的身份識別資訊，可能導致 EPIC 保險遭到終止。本人同意 EPIC、Social Security Administration, Medicare, the NYS Medicaid Program, the NYS Tax Department, Medicare Part D 藥 物計劃及任何其他相關機構彼此交換確認本人是否符合資格所需的全部資訊。若重複享有福利或 EPIC 溢付福 利，本人將本人依據 Part D 或政府計劃規定享有的任何藥物福利讓渡予 EPIC。
本人授權本人的醫療服務提供 者得將本人處方及/或診斷相關醫療資訊透露予 EPIC 計劃，以用於付款、稽核或相關醫療作業。

您及您的配偶 (若已婚且同住) 必須於下方簽名：

您的簽名 (真實姓名) _____ 日期 _____

配偶的簽名 (真實姓名) _____ 日期 _____

授權 (選擇性)：本人同意 EPIC 可在必要時向下列涉及本人醫療事務的個人/家庭成員透露本人個人資訊，以便處理本人的 EPIC 福利事宜。

_____
請以正楷書寫姓名

請將填妥的申請表郵寄至：

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

或傳真至：(518) 452-3576

NEW YORK state department of HEALTH

New York State and Medicare EPIC Working Together

本申請表載明的資訊將受嚴密保護，且僅用於判斷您的 EPIC 資格。