

补充材料 A

(Access NY Health Care 申请 DOH-4220 的补充材料)

如果申请人符合下列条件，请务必填写本补充材料：

- 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机构护理费用。
这包括等同于疗养机构护理的医院护理。

注意：如果您只准备申请 Medicare 费用节省计划 (Medicare Savings Program, MSP)，则无需填写本补充材料。

说明：

- 第 A 部分至第 E 部分为必填项目，并且申请人必须在本补充材料上签名。
- 如果您或您的任何家人正在申请报销疗养机构护理费用，您还必须填写第 F 部分至第 G 部分的内容。

A. 申请人及配偶信息

1. 本补充材料的申请人需填写以下资料：

正式姓氏	正式名字	中间名的首字母	婚姻状态	社会保险号	出生日期	如果亡故，请填写死亡日期
					/ /	/ /
					/ /	/ /

上述人士是否具有以下情况：

- 患有慢性疾病？ 是 否
(慢性疾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。)
- 属于盲人和视障人士事务委员会 (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
- 如果您属于有工作的残疾人士，您是否有意愿申请 MBI-WPD 计划？ 是 否
针对有工作残疾人士的 Medicaid 买入计划 (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD) 为年龄在 16 至 65 周岁之间的已就业残疾人士提供 Medicaid 报销费用。该计划对申请人设置的收入水平门槛高于普通 Medicaid 计划，因此有工作的残疾人士可在保留 Medicaid 报销费用的同时，赚取更多收入。

如果申请人居住在长期护理机构/疗养院、成人之家或疗养中心，请提供如下信息。

居住在机构的申请人的姓名	机构名称	入住日期 / /	电话号码 () -
街道地址	城市	州	邮政编码
申请人在入住机构以前的住址	城市	州	邮政编码

如果以前的住址也是某个机构或成人之家，请在下面填写入住以前的住址。

申请人在入住最近一家机构以前的住址	城市	州	邮政编码
-------------------	----	---	------

2. 申请人配偶：（如果未在上面填写）

正式姓氏	正式名字	中间名的首字母
婚前姓名或被熟知的其他姓名：	社会保险号	出生日期 / /
街道地址（如果居住在机构中，请填写配偶在入住机构以前的住址）		
城市	州	邮政编码

申请人配偶是否居住在长期护理机构/疗养院？

是 否

如果选择“是”，请提供以下信息：

机构名称	入住日期 / /	电话号码 () -	
街道地址	城市	州	邮政编码

申请人配偶是否亡故？ 是 否 如果选择“是”，请提供死亡日期。 ____ / ____ / ____

B. 您正在申请什么护理和服务？（请勾选适用方框）

- 您正在申请 Medicaid 报销费用，但不寻求报销长期社区护理服务的费用。您需要证实所拥有的财产的数量。您不必在此时提交所拥有财产的相关文件。如果计算机匹配显示一些内容与您所报告的情况不同，可能会要求您稍后提交证明文件。

疗养机构护理、家庭护理或下列任何其他长期社区护理服务费用均不在报销之列。*

- 您正在申请报销长期社区护理服务的费用。需要提交当前财源总额的证明文件。然而，此时您仅需要提交某些财源的证明文件。请参阅下面的“证明文件要求”以获取这些财源的列表。

报销范围包括以下服务：*

- 成人日间保健护理服务
- 有限许可家庭护理服务
- 私人护理服务
- 社区临终关怀服务
- 家庭临终关怀计划
- 辅助生活计划
- 消费者主导型个人辅助计划
- 经过认可的家庭健康机构服务
- 住院治疗机构护理服务
- 个人紧急响应服务
- 个人护理服务
- 社区管理式长期护理服务
- 通过家庭社区型豁免计划提供的豁免服务和其他服务

注意：提供豁免服务和其他服务的家庭社区型豁免计划示例包括创伤性脑损伤计划 (Traumatic Brain Injury Program) 以及疗养机构过渡和转院计划 (Nursing Home Transition and Diversion Program)。

- 您已经长期入住疗养机构，并且正在申请报销疗养机构护理费用。需要提交过去 60 个月内财源的证明文件。然而，此时您仅需要提交某些财源的证明文件。请参阅下面的“证明文件要求”以获取这些财源的列表。

*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 天的疗养机构护理和/或经过认可的家庭健康护理。

证明文件要求

如果您正在申请报销长期社区护理服务或疗养机构护理的费用，请提供所有以下财产在上述时间段的证明文件（如果适用）。

- 人寿保单；
- 安葬协议或安葬费；
- 证券、股票、债券、共同基金；
- 信托文件和账户。
- 年金；

在此时，您不需要寄送任何其他财源的证明文件。原因是其他财源可能已通过计算机匹配得到核实。如果您报告的财源与我们的记录不符或无法通过我们的记录得到核实，我们可能会要求您稍后提交这些其他财源的证明文件。

C. 财源/资产

第 1 部分至第 8 部分的填写说明：

- 请列出您和/或您的配偶/父母当前拥有的全部财源（包括保管账户）。
- 如果您和/或您的配偶/父母不拥有任何这些财源，请勾选“无”方框。
- 如果正在申请报销疗养机构护理费用，还应列出在过去60个月内结账的任何账户，包括账户结账时的余额，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。
注意：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/存款单 (CD):

 无

银行名称	账号	所有人姓名	当前账户 余额	已结账账户	
				结账日期	结账时的 余额
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$

2. 退休金账户（递延报酬、IRA（个人退休金计划）和/或自雇人员退休金计划）：

 无

机构名称	账号	所有人姓名	支出	当前账户 余额	已结账账户	
					结账日期	结账时的 余额
			<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. 年金、股票、债券、共同基金：

 无

机构/公司名称	账号	所有人姓名	购买日期	当前价值	已结账账户	
					结账或 售出日期	结账时的 价值
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$

4. 人寿保单： 无

保险公司	保单编号	所有人姓名	当前兑现价值	当前票面价值	已取消保单	
					取消日期	退保兑现价值
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$

5. 安葬资产/安葬合约：（包括副本）： 无

- a. 您和/或您的配偶是否为您或家庭中的任何其他人签署过预付费安葬协议？ 是 否
- b. 您和/或您的配偶是否为您或家庭中的任何其他人购买过墓地或墓址？ 是 否
- c. 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	所有人姓名	价值
		\$
		\$
		\$

- d. 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
- e. 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

6. 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。 无

信托名称	委托人	受托人	资产	受益人	收入
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

7. 交通工具：请列出所有小汽车、卡车和货车。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。 无

所有人姓名	年份/厂商/型号	公平市价	欠款	使用中？	售出日期
			\$	<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. 请列出任何其他财源：

财源类型	所有人姓名	价值
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

D. 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
- 如果选择“否”，现在您家中还有其他人居住吗？ 是 否
- 现在您家中还有什么人居住？ _____
- 上述人员跟您和/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
- 注意：**如果法律上的障碍让您无法出售此不动产，则其不会纳入确定 Medicaid 资格的考虑范围。请寄送相关法律障碍的证明文件。

3. 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？ \$ _____
注意：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。

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

租赁物业 度假别墅 分时度假酒店 闲置土地 其他财产权
 （包括纽约州境内及境外）

如果选择“是”，请提供以下信息：

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	\$

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机构护理费用。请务必注意，申请人还须在本文件的第 I 部分签名。

F. 资产转移

1. 转移

- a. 在过去 60 个月内，您以及您的配偶或代表是否曾经转移、放弃或出售任何资产或变更其所有权（包括您的住宅或其他不动产）？ 是 否
- b. 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回答“是”，请在下方说明转移详情。
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
			\$
			\$
			\$
			\$

- c. 您目前是否正在出售不动产？ 是 否
- d. 在过去 60 个月内，您以及您的配偶或代表是否曾经变更任何不动产的契约或所有权（包括建立终身产权）？ 是 否
如果选择“是”，请注明时间。_____
- e. 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
- f. 在过去 60 个月内，您以及您的配偶或代表是否购买过抵押资产、贷款资产或本票？ 是 否
如果选择“是”，请注明时间。_____
- g. 在过去 60 个月内，您以及您的配偶或代表是否购买或变更过年金？ 是 否
如果选择“是”，请注明时间。_____

2. 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。

G. 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（包括计划表和附件）的副本。

H. 重要信息

■ 不动产留置权

收到 Medicaid 后，您的不动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。

■ 资产转移

根据联邦政府和纽约州政府的法律规定，如果个人或其配偶在追溯审查期内以低于公平市价转移资产，则可能导致其在一定时期内丧失报销疗养机构服务费用的资格。追溯审查期为个人已长期入住疗养机构并已申请 Medicaid 之前 60 个月。

■ 年金

作为申请 Medicaid 报销疗养机构服务费用的条件，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财产亦或是可计数财产，都需要进行上述披露。

除购买年金以外，申请人或其配偶在追溯审查期内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机构服务费用的资格。

如果年金在提出申请时为可计数财产，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。

I. 证明和授权

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。

如果获取资格取决于我及我配偶所拥有的财产数量，签署本申请即表示我们授权为确定资格可在金融机构核实我们拥有的财产。夫妻双方都必须在下方签名。一旦本人的 Medicaid 申请被拒绝或本人不再符合 Medicaid 资格，或本人以书面声明通知当地社会服务部门废除此授权书，此授权书将立即失效。

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