



医疗补助 (Medicaid) 长期护理、支持和服务 经济资格申请

您也可以通过登录网站 www.compass.state.pa.us, 在线申请

选出您申请的项目:

- ★ 在医疗机构接受护理
- ★ 居家和社区豁免服务 类型/豁免计划名称/服务: _____
- ★ 其他 _____

* 请阅读整个申请表的内容

* 请在空白部分填写所需的信息

* 如您需要帮助, 可向他人求助或通过您所在县的补助办公室获取帮助

可由您或任何由您选定的代理人来填写本申请。您的代理人可以是您的配偶、朋友、亲属、获得您授权的相关人士或您的医疗服务提供商。此人应知道并且能够提供有关您的收入及财产的信息。如果您已婚, 则在本申请的某些部分必须填写涉及您及配偶的相关信息。

表格填写完成后, 除非另有说明, 您可以亲自提交、请求他人代交或将表格邮寄至县补助办公室。县补助办公室将告知您是否需要进行面对面的面试。除非在我们的记录中已存有相关信息, 否则您将需要提供身份及表格上其他

信息的核实证明。如获取任何资料时需要帮助, 请联系县补助办公室。您应随本表一同附上证明材料。

在过去 60 个月内, 将资产 (收入或财物) 赠予他人, 或在申请医疗补助之长期护理、支持和服务的 60 个月前, 设立或将资产转入信托基金的相关人士可能不具备申请福利的资格。由于这一要求, 您可能需要为您在过去 60 个月拥有的资产提供一份证明材料, 即使您已不再拥有这些资产。我们将使用您的社保号码来获取您提出申请前 60 个月的资产信息。

如果您递交的信息完整且已提供了所需的证明材料 (如有可能, 随本表一同附上), 县补助办公室将在收到您申请的 30 日内, 告知您是否具备资格或是否需要其他信息。

PROVIDER USE		
NAME	NUMBER	
ADDRESS	NUMBER	
DATE OF ADMISSION	DATE OF OPTIONS ASSESSMENT	REQUESTED EFFECTIVE DATE
CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER/ADDRESS		

CAO USE				
CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.
WORKER I.D.			CASELOAD	
★ AUTHORIZED REASON				CATEGORY
★ NOT AUTHORIZED REASON				DATE

请为医疗补助福利申请人填写下列信息

姓	名	中间名缩写	(JR.、SR.、I 等)
现住址 (如居住在医疗机构, 请填写医疗机构地址)	市	州	邮政编码 + 4 入院日期
何时搬入现住址	城镇	学区	区号和电话号码
先前住址 (如先前居住在医疗机构, 请提供您的家庭住址。如您已婚, 请提供您配偶的住址。)			区号和电话号码

您需要译员的帮助吗? 需要 不需要

如选择需要, 那么您需要哪种语言的译员? _____

您需要公告的西班牙语版本吗? ¿Necesita sus avisos en Español? 需要 不需要

您曾在宾夕法尼亚州的其他县或其他州申请或领取现金补助或医疗福利, 或参与先前称作食物券的营养补充援助计划 (SNAP) 吗?

是 否

如选择是, 在哪一州? _____

哪一县? _____

多长时间? _____

记录编号 _____

您曾使用不同的社保号码申请或领取福利吗? 是 否

如选择是, 号码是多少? _____

您先前曾在护理机构居住过吗? 是 否

如选择是, 请提供机构的名称: _____

地址: _____

居住时间: _____

1 填写这部分的有关您、您的配偶（如您已婚）、受抚养子女或兄弟姐妹的所有信息。

*如您有多个受抚养子女，可在另附纸张上填写相关信息。

关系	姓	名	中间名缩写	JR/SR	别名/婚前姓	出生日期	性别	*种族	社会保障号
本人									
配偶									
受抚养子女									

*针对种族一项：即使您不想回答，也不会对您的福利造成影响。请从下列代码中选出一个：

1. 非裔 2. 西班牙裔 3. 北美印第安人或阿拉斯加原住民 4. 亚裔或太平洋岛民 5. 白人（非西班牙裔） 6. 其他

2 请回答并签名：

您是美国公民吗？ 是 否 如选择否，请选择一项： 永久居民 临时居民 难民 非法移民

侨民号码：_____ 原籍国：_____ 入境日期：_____

请签字来表明您的国籍或如上所示的侨民身份：

_____ 签名 _____ 日期

赞助人姓名和地址（如有）： _____

3 婚姻状况

请选择一项： 已婚 未婚 丧偶 离异 分居

如果您选择丧偶，那么您的配偶是何时去世的？ _____ 他/她的姓名： _____

如果您选择分居，那么分居是从何时开始的？ _____ 请在上方 #1 部分填写配偶信息。

4 军籍

退伍军人姓名 _____

请选择一项： 退伍军人 现役军人 国民警卫队 预备役军人 退伍军人的遗孀/配偶或受抚养子女

服役部门 _____ 入伍日期 _____ 退伍日期 _____ 申索书编号 _____

5 选民登记 (可选)

如果您尚未在现居住地登记投票，您是否愿意立即在此地申请登记投票？ 是 否
 如果您未勾选任一方框，我们会将此种情况视为您决定不参与此次登记投票。

如要登记，您必须： 1) 在下一届选举日前至少年满 18 岁； 2) 在下一届选举前至少一个月获得美国公民身份；
 3) 在下一届选举前至少 30 日居住在宾夕法尼亚州和选区。

申请或拒绝登记投票均不会影响本机构为您提供的援助数额。

如果您需要帮助填写选民登记申请表，我们将向您提供帮助。是否寻求或接受帮助取决于您。您可以私下填写申请表。如果您需要帮助，请联络县援助办公室。如果您认为有人干涉了您的登记投票或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票之时的隐私权、或您选择自己支持的政党或其他政治取向的权利，您可以将投诉提交至下列地址： Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120。（免费电话号码： 1-877-VOTESPA。）

县援助办公室的工作人员将会根据您在上文中的回答填写本方框内容

Given to Client __/__/__ Sent to voter registration __/__/__ Mailed to Client __/__/__
 Declined, not interested __/__/__ Not a U.S. citizen __/__/__ Declined, already registered __/__/__

6 如果您正在接受或已经接受过长期护理、支持和服务，您是如何支付这些费用的？

7 您有未支付的医疗账单吗？ 是 否 如果您正在为支付这些账单而申请医疗补助，请附上账单的复印件。

8 医疗保险信息 (包括长期护理保险)

保险 公司/MEDICARE	保险公司 地址	协议/ 保单编号	组名称 编号	承保范围 生效日期	保险费 数额	支付 频率	保单持有人姓名 及地址

如需要更多填写空间，请另附纸张。请在附加页标出您回答的问题的编号。

9

请在下方填写您和您配偶（如您已婚）的财产信息：

A. 不动产 无

地点	所有人	价值 美元	创收 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	居住 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
此处房产的居住人是谁？		此处房产是否挂牌待售？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如选择是 - 挂牌日期
如果出售，请提供 房产中介人姓名和电话号码 * 记得向我们汇报房产的出售情况。				
您正在计划搬回此处房产吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		您还拥有其他不动产吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

B. 活动住房 无

地点	所有人	价值 美元	创收 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	居住 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
落成年限和户型	此活动住房的居住人是谁？			
如果出售，请提供 房产中介人姓名和电话号码				
此活动住房是否挂牌待售？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如选择是，请提供		

C. 丧葬安排 无

银行/保险公司名称和地址	账号			
殡仪馆	美元	账户价值	开户日期	
在个人去世前是否可从账户中提取钱款？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否可以提取利息？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您拥有墓地吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如选择是 请提供地点		墓地 数量

D. 人寿保险 无

公司名称	保单号	面值	当前现金价值	保单所有人是谁？

E. 汽车、房车、卡车、摩托车 无

所有人姓名	购买年限	品牌	车型	是否持有驾驶执照?	车牌号	账户

F. 银行账户（活期存款账户、储蓄存款账户、个人退休金账户等） 列出注明申请人和/或配偶姓名和账户金额的所有账户。 无

银行名称/分行	账户类型	账号	当前账户余额	账户名/所有人

G. 股票、债券（包括美国储蓄债券）、信托基金、互惠基金、手头现金等。 无

投资名称	账户类型	账号	当前账户价值	账户名/所有人

10 在过去 60 个月内，您或您的配偶是否曾注销、赠与、出售或转移任何类似：住宅、土地、私人财产、人寿保险单、年金、银行账户、存单、股票、个人退休金账户、债券或收益权的财产？ 是 否

在过去的 60 个月内，您或您的配偶是否曾将任何财产转入信托基金？ 是 否

如两个问题均选择是，请说明情况（如有需要，请另附纸张） _____

财产类型	转移时 市场 价值	美元	转移 或注销日期
------	-----------------	----	-------------

11 如果您曾因支付护理服务费用而注销或清空任何账户，请列出这些账户。

财产类型	地点	账号	所有人	注销日期

12 您或您的配偶是否曾收到或将要收到任何收入/财产/结算款/一次性付款/遗产? 是 否

如选择是，请说明： _____ 数额（美元）
 _____ 预计接收日期

13 申请人收入信息：

收入来源	确定投资类型/名称	总收入金额	支付周期
<input type="checkbox"/> 社会保障	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 退伍军人福利补助和照护	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 养老金	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 劳工赔偿金	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 铁路退休金	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 矿工福利金	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 年金（企业）	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 信托基金付款	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 利息/股息（来源）	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 其他收入	_____	_____	_____

支票寄送给何人？ (监护人，代理收款人) 	地址
---	----

如果您有配偶或受抚养子女，请填写这部分信息。如您未婚或无受抚养子女，请跳过这一部分。

14 配偶和/或受抚养子女收入信息：

收入来源	确定投资类型/名称	总收入金额	支付周期
<input type="checkbox"/> 社会保障	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 退伍军人福利补助和照护	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 养老金	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 劳工赔偿金	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 铁路退休金	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 矿工福利金	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 年金（企业）	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 信托基金付款	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 利息/股息（来源）	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 其他收入	_____	_____	_____

15 住所开支：

月租/抵押贷款	\$ _____	基本话费	\$ _____
销售或租赁购买合同	\$ _____	煤气费	\$ _____
个人护理或居家护理租费	\$ _____	电费	\$ _____
共管公寓或合作公寓维护费	\$ _____	加热燃料费	\$ _____
活动住房地段租金	\$ _____	水费	\$ _____
财产税 - 年额	\$ _____	污水处理费	\$ _____
业主保险 - 年额	\$ _____	垃圾处理费	\$ _____

除租金外，您是否还需额外支付取暖费和/或冷气费？ 是 否

平等权

我们将不得以您的年龄、性别、种族、肤色、血统、身体残疾、宗教信仰、原国籍、性取向、生活方式、工会会员身份、政治信仰或者先前曾申请和/或接受补助为由而歧视您。如果您觉得您已经遭受到公共福利部或任何为公共福利部提供服务的相关人员的歧视，则您可以向公共福利部或县补助办公室提交口头或书面投诉。公共福利部或县补助办公室稍后会将投诉提交至适当的联邦或州有关部门。

申诉权

您有权要求举行部门听证会，对影响您获取福利或您认为不公平或不正确的公共福利部决定或其不作为行为进行申诉。您可以以书面文件的形式，向县补助办公室提出申诉。在举行申诉听证会时，您可以代表您本人或者例如律师、朋友或亲属的其他人也可代表您进行申诉。

机构会议权

如果您提出申诉，则您可能需要在听证会前，参加由相关机构召开的会议。

书面通知权

我们将会提供给您一份书面通知，向您说明福利事宜。如果我们拒绝、变更、暂停或停止发放福利，我们将在通知中向您解释原因。如您对采取的措施和/或给出的理由持有不同意见，则自通知日期起 30 日内，您可以请求举行听证会。

保密权

对您提供的信息我们将予以保密，并且这些信息将仅供管理您申请或可能符合资格的计划之用。任何人故意违反根据本文制定的公共福利部规章制度均将被处以轻罪论处，一经定罪，将处以不超过一百美元 (\$100) 的罚款，或不超过六个月的监禁，或两者并罚 (62 P.S. Section 483)。

遗产回收

如果您的年龄为 55 岁或以上，且通过获取医疗补助支付护理机构服务费用、以家庭和社区为基础的豁免服务费用以及任何相关的医院和处方药服务费用，您将需要通过您的遗嘱认证财产来偿还这些服务费用。您可以致电 800-528-3708，联系医疗补助遗产回收计划。

变更

当您不确定是否必须汇报具体的变更情况时，应选择汇报变更情况。您可以亲自、通过电话或邮件，将情况汇报给县补助办公室的工作人员。

PA 借记卡的使用

只有当您符合资格时，方可使用 PA 借记卡获取服务。仅限于为符合资格的人员使用本卡，且您只能凭借此卡获取必要和合理的服务。

提供社会保障号码的义务

您必须提供社会保障号码 (SSN)。如果没有社会保障号码，您必须申请一个。拒绝或未能提供社会保障号码可能会导致您的资格被取消。如果您有社区配偶，他或她也必须提供社会保障号码。我们使用社会保障号码来验证身份、管理我们的计划，防止州和联邦计划的重复、通过电脑寻找与其他计划相匹配的结果及获取收入和财产方面的相关信息，以判定您是否符合资格和/或提供给您福利数额 (42 U.S.C. Section 1320b-7)。

罚则

如果您不按规定汇报变更情况，相关部门可能会减少您的福利或停止向您发放福利。如果您故意提供不实信息或刻意不汇报变更情况，您可能会被罚款和/或关押。不当使用 PA 借记卡获取服务也可能被处以罚款、监禁或两者并罚。

提供信息的义务

您必须尽最大能力提供真实、准确、完整的信息。您必须配合记录或验证信息。如果您不能提供证明材料，您应该向县补助办公室寻求帮助。您必须全力配合质量控制工作，并与公共福利部或检察长办公室的调查人员充分合作。

我了解：

由于提供不完整或虚假信息或未汇报会给福利造成影响的变更情况，我的福利可能会减少，或我因此会遭受处罚。

任何相关人士因获取能够给我的合格性带来影响的转移财产或收入，从而具备充足经济实力的，将有义务偿还这些错误发放的福利。

我赋予州有关部门权利，可以通过或不通过法律行动，寻求私人或公共医疗保险或责任第三方支付费用。收回金额将不超过医疗补助支付的金额。

州有关部门有权审查由医疗补助支付费用的所有医疗服务记录。

将由医疗服务提供商，而非我本人直接支付医疗服务费用。这其中包括 Medicare 费用。

我已收到一份注明我的权利和义务的文件副本，并已亲自阅读或请求他人向我复述相关内容，且已理解这些内容的含义。

我同意提供帮助或给予配合，以获取任何能够证明我的陈述内容的信息。

我必须在变更发生的 10 天之内，汇报变更情况。

我对本申请中的任何欺诈陈述全权负责，即使是在他人代表我提交申请的情况下也不例外。

州有关部门正在推行一项欺诈控制计划，通过这项计划，地方、州和联邦官员可以验证由我提供的信息。

州有关部门可以从其他个人或组织处获取有关我情况的信息，包括电脑匹配和移民及国籍信息。

我的社保号将被用来获取信息以验证我的相关情况和合格性。

宣誓书

我保证，将尽最大努力提供真实和准确及完整的信息，如有违背，将接受相关法律的处罚。我已完整阅读或请求他人向我复述本申请的相关内容，且已理解所有问题的含义。我已收到一份注明我的权利和义务的文件副本，并已亲自阅读或请求他人向我复述相关内容，且已理解这些内容的含义。

_____ 申请人或授权代理人签名	_____ 日期	_____ I.D. 验证	_____ 与申请人的关系	
_____ 代理人地址	_____ 市	_____ 州	_____ 邮政编码 + 4	() _____ 电话号码
_____ 证人 (如在上方标 X)	_____ 日期			
_____ 证人地址	_____ 市	_____ 州	_____ 邮政编码 + 4	() _____ 电话号码
_____ 医疗服务提供商签名 (如果由医疗服务提供商提交)	_____ 日期			
_____ 县补助办公室或其他部门	_____ 日期	<input type="checkbox"/> 面对面面试，面试官：_____		
		<input type="checkbox"/> 电话面试，面试官：_____		
		<input type="checkbox"/> 放弃面试		

谁是您的代理人或委托人？

将向提及的人员送达通知副本。

姓、名、中间名缩写			与申请人关系		<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 委托人
地址	市	州	邮政编码 + 4	电话号码 ()	

我希望撤销申请。

签名

日期

平等权

我们将不得以您的年龄、性别、种族、肤色、血统、身体残疾、宗教信仰、原国籍、性取向、生活方式、工会会员身份、政治信仰或者先前曾申请和/或接受补助为由，歧视您。如果您觉得您已经遭受到公共福利部或任何为公共福利部提供服务的相关人员的歧视，则您可以向公共福利部或县补助办公室提交口头或书面投诉。公共福利部或县补助办公室稍后会将投诉提交至适当的联邦或州有关部门。

申诉权

您有权要求举行部门听证会，对影响您获取福利或您认为不公平或不正确的公共福利部决定或其不作为行为进行申诉。您可以以书面文件的形式，向县补助办公室提出申诉。在举行申诉听证会时，您可以代表您本人或者例如律师、朋友或亲属的其他人也可代表您进行申诉。

机构会议权

如果您提出申诉，则您可能需要在听证会前，参加由相关机构召开的会议。

书面通知权

我们将会提供给您一份书面通知，向您说明福利事宜。如果我们拒绝、变更、暂停或停止发放福利，我们将在通知中向您解释原因。如您对采取的措施和/或给出的理由持有不同意见，则自通知日期起 30 日内，您可以请求举行听证会。

保密权

对您提供的信息我们将予以保密，并且这些信息将仅供管理您申请或可能符合资格的计划之用。任何人故意违反根据本文制定的公共福利部规章制度均将被以轻罪论处，一经定罪，将处以不超过一百美元 (\$100) 的罚款，或不超过六个月的监禁，或两者并罚 (62 P.S. Section 483)。

遗产回收

如果你的年龄为 55 岁或以上，且通过获取医疗补助支付护理机构服务费用、以家庭和社区为基础的豁免服务费用以及任何相关的医院和处方药服务费用，您将需要通过您的遗嘱认证财产来偿还这些服务费用。你可以致电 800-528-3708，联系医疗补助遗产回收计划。

变更

当您不确定是否必须汇报具体的变更情况时，应选择汇报变更情况。您可以亲自、通过电话或邮件，将情况汇报给县补助办公室的工作人员。

PA 借记卡的使用

只有当您符合资格时，方可使用 PA 借记卡获取服务。仅限于为符合资格的人员使用本卡，且您只能凭借此卡获取必要和合理的服务。

提供社会保障号码的义务

您必须提供社会保障号码 (SSN)。如果没有社会保障号码，您必须申请一个。拒绝或未能提供社会保障号码可能会导致您的资格被取消。如果您有社区配偶，他或她也必须提供社会保障号码。我们使用社会保障号码来验证身份、管理我们的计划，防止州和联邦计划的重复、通过电脑寻找与其他计划相匹配的结果及获取收入和财产方面的相关信息，以判定您是否符合资格和/或提供给您福利数额 (42 U.S.C. Section 1320b-7)。

罚则

如果您不按规定汇报变更情况，相关部门可能会减少您的福利或停止向您发放福利。如果您故意提供不实信息或刻意不汇报变更情况，您可能会被罚款和/或关押。不当使用 PA 借记卡获取服务也可能被处以罚款、监禁或两者并罚。

提供信息的义务

您必须尽最大能力提供真实、准确、完整的信息。您必须配合记录或验证信息。如果您不能提供证明材料，您应该向县补助办公室寻求帮助。您必须全力配合质量控制工作，并与公共福利部或检察长办公室的调查人员充分合作。

我了解：

由于提供不完整或虚假信息或未汇报会给福利造成影响的变更情况，我的福利可能会减少，或我因此会遭受处罚。

任何相关人士因获取能够给我的合格性带来影响的转移财产或收入，从而具备充足经济实力的，将有义务偿还这些错误发放的福利。

我赋予州有关部门权利，可以通过或不通过法律行动，寻求私人或公共医疗保险或责任第三方支付费用。收回金额将不超过医疗补助支付的金额。

州有关部门有权审查费用由医疗补助支付的所有医疗服务记录。

将由医疗服务提供商，而非我本人直接支付医疗服务费用。这其中包括 Medicare 费用。

我已收到一份注明我的权利和义务的文件副本，并已亲自阅读或请求他人向我复述相关内容，且已理解这些内容的含义。

我同意提供帮助或给予配合，以获取任何能够证明我的陈述内容的信息。

我必须在变更发生的 10 天之内，汇报变更情况。

我对本申请中的任何欺诈陈述全权负责，即使是在他人代表我提交申请的情况下也不例外。

州有关部门正在推行一项欺诈控制计划，通过这项计划，地方、州和联邦官员可以验证由我提供的信息。

州有关部门可以从其他个人或组织处获取有关我情况的信息，包括电脑匹配和移民及国籍信息。

我的社保号将被用来获取信息以验证我的相关情况和合格性。