



Pennsylvania

Department of Human Services

医疗援助 (Medicaid) 长期护理、支持与服务的财务资格申请表

请勾选您正在申请的项目：

☐ 机构/护理机构中的看护

☐ 居家与社区豁免服务—豁免/服务的类型/名称：_____

☐ 其他：_____

- 请阅读整份表格。
- 请在未阴影的栏目内用印刷体填写所需信息。
- 如果您需要帮助，其他人可以帮助您，或者您也可以向您所在郡的援助办公室寻求帮助。
- 请核对本表上印有的各项信息。如果已印信息有误或已发生变更，请划掉该信息并提供更新后的内容。请查看所有未预先印有回答的问题，并提供相应回答，除非说明中明确允许您可以选择不回答。

您或您选择的任何代表都可以填写此申请表。您的代表可以是您的配偶、朋友、亲属、拥有您授权委托书的人，或您的医疗服务提供者。代表应当是了解并能提供您收入与资源信息的人。如果您已婚，某些部分必须同时填写您和您配偶的相关信息。

表格填写完成后，请将其带到郡援助办公室、请他人代为递交，或邮寄至郡援助办公室，除非您被告知按其他方式提交。郡援助办公室会告知是否需要面谈。您需要提供身份证明以及其他信息的证明材料，除非我们已在记录中拥有这些信息。如需帮助获取任何信息，请向郡援助办公室寻求帮助。您应将证明材料附在本表后。

如果您在申请针对长期护理、支持与服务的医疗援助之前的60个月内，曾赠予他人资产（包括收入或资源），或者设立信托并将资产转入其中，则可能不符合享受福利的资格。由于这一规定，即使您目前已不再持有某些资产，仍可能需要提供关于过去60个月内所拥有资产的证明材料。我们将使用您的社会安全号码，获取您在申请前60个月内的资产相关信息。

若信息完整且您已提供必要的证明材料（尽可能随表附上），郡援助办公室会在收到您的申请后 30 天内以其中一个结果通知您：您符合资格、不符合资格，或需要补充信息。

This is an application for Medical Assistance benefits. If you need help translating it, please contact your county assistance office, CAO. Translation services will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de Asistencia Médica. Si necesita ayuda con la traducción comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) que le corresponde. Los servicios de traducción son gratuitos.

នេះជាពាក្យសុំអនុវត្តប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលជិតបំផុតនៅក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។

Настоящий документ является заявлением на получение обслуживания по программе Medical Assistance.
Если вам нужна помощь в переводе данного заявления, обращайтесь в Окружное бюро помощи (County Assistance Office).
Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

这是关于医疗协助福利的申请。
如果你需要翻译协助，请联络你所在地方的郡县援助办事处。可以免费提供翻译服务。

Đây là mẫu đơn xin hưởng phúc lợi Bảo Trợ Y Tế.
Nếu quý vị cần phiên dịch đơn này, xin liên lạc Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt nơi quý vị cư ngụ.
Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.

هذا طلب للحصول على منافع المساعدة الطبية. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ترجمته، يرجى الاتصال بمكتب معونة مقاطعتك. CAO ستقدم خدمات الترجمة مجاناً.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

如需通过电话协助完成医疗援助申请，请致电
Inspiritec: 1-866-550-4355。您也可以在线申
请：www.dhs.pa.gov/compass

DO NOT COMPLETE – PROVIDER USE ONLY						
PROVIDER NAME				NUMBER		
ADDRESS				CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER		
DATE OF ADMISSION		DATE OF LEVEL OF CARE DETERMINATION		REQUESTED EFFECTIVE DATE		
DO NOT COMPLETE - COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY						
CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.	WORKER I.D.	CASELOAD
☐ AUTHORIZED REASON					CATEGORY	
☐ NOT AUTHORIZED REASON					DATE	

开始填写

What language do you prefer? 您偏好使用哪种语言? ☐ English/英语 ☐ Spanish/西班牙语 ☐ Other/其他 (specify/请注明) _____

Do you need an interpreter? 您需要口译员吗? ☐ Yes/是 ☐ No/否 If yes, what language? 如果是, 需要哪种语言的口译员? _____

请在本部分填写所有关于您 (申请人) 的信息。介绍一下您自己。请核对下方已打印的信息。如有不正确之处, 请将错误内容划掉, 并填写正确的信息。			
姓名 (包括名、中间名首字母、姓、后缀 Jr./Sr./等)		社会安全号码:	出生日期 (月/日/年) : 性别: ☐ 男 ☐ 女
婚姻状况: ☐ 未婚 ☐ 分居 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶 如您勾选“分居”, 请填写分居配偶的“关系”部分。 如您勾选“丧偶”, 配偶去世日期是何时?		如您勾选“分居”, 分居日期是何时? 配偶姓名?	
种族 (可选) (可多选) : ☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 亚洲人 ☐ 夏威夷原住民或太平洋岛民 ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ☐ 白人 ☐ 其他: _____			
现住地址 (若您在机构中, 请填写机构地址) :		电话号码:	搬到该地址的日期:
镇区	学区	之前的地址 (若您在机构中, 请提供您的家庭住址; 若已婚, 请提供您配偶的地址) :	
您是否曾在宾夕法尼亚州的其他郡或其他州申请/领取过现金或医疗福利, 或参加过补充营养援助计划 (SNAP, 原称食品券 Food Stamps) ? ☐ 是 ☐ 否		如是: 哪个州? 哪个郡?	多久? 记录编号:
您是否曾在护理院 (nursing facility) 居住过? ☐ 是 ☐ 否	如是, 请提供机构名称:	地址:	日期:
如果您有残疾, 并且正在工作并有收入, 您可能有资格参加“残疾工作者医疗援助” (MAWD) 计划。MAWD 的收入和资源限额比其他医疗援助项目更高, 并且要求参保者每月缴纳保费。在某些情况下, 因您的收入或其他正当理由, 您可能不需要缴纳保费。			
如果您被认定符合 MAWD 资格, 请在以下方框中选择您希望保险从何时开始生效: ☐ 本人想从收到我的申请的那个月的第一天开始投保生效。我将支付整个月的保费。 ☐ 本人希望从收到本人申请后的下一个月第一天开始投保生效。			

您是美国公民或国民吗? ☐ 是 ☐ 否		如果您不是美国公民或国民, 请回答以下问题:		
您是否具有符合条件的移民身份? ☐ 是 ☐ 否	如是, 请填写您的证件类型和身份证件号码:	证件类型:	证件号码:	外国人号码 (Alien Number) :
您在 1996 年之前就居住在美国吗? ☐ 是 ☐ 否		原籍国家:		
如果您有担保人, 请写明担保人姓名和地址:				
请签署以声明您如上所标明的公民身份或外国人身份:				
_____ 签名: _____ 日期:				

如您已婚或分居，拥有任何需抚养的子女或兄弟姐妹，请填写本节中关于配偶的所有信息。请检查下列表格上填写的所有个人信息。如信息不正确，请将其删除并填写正确的信息。

关系：	姓名（包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-jr./sr./等）：	别名/婚前姓：
出生日期（年/月/日）：	性别：	* 种族：SSN

关系：	姓名（包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-jr./sr./等）：	别名/婚前姓：
出生日期（年/月/日）：	性别：	* 种族：SSN

关系：	姓名（包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-jr./sr./等）：	别名/婚前姓：
出生日期（年/月/日）：	性别：	* 种族：SSN

关系：	姓名（包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-jr./sr./等）：	别名/婚前姓：
出生日期（年/月/日）：	性别：	* 种族：SSN

*关于种族：如您不愿意回答，您的福利将不会受到影响。请使用以下代码填写：
1. 黑人或非裔美国人 2. 亚裔 3. 夏威夷或太平洋原住民 4. 美洲印第安人或阿拉斯加本地人 5. 白人 6. 其他：_____

兵役状况

请检查下列表格上填写的所有个人信息。如信息不正确，请将其删除并填写正确的信息。

请勾选下列选项之一：

☐ 退伍军人 ☐ 现役军人 ☐ 国民警卫队 ☐ 预备役 ☐ 退伍军人的遗孀/配偶或依亲子女

所在部门：	入伍日期：	退伍日期：	索偿编号：
-------	-------	-------	-------

选民登记情况（可选填）

如您没有进行当地投票登记，您想现在进行登记吗？ ☐ 是 ☐ 否
如您没有选中任何一个复选框，您将被视为已决定此时不登记投票。

如要登记，您必须： 1) 在下次选举当日年满十八周岁； 2) 在下次选举前至少一个月成为美国公民；
3) 至少在下次选举前30天居住在宾夕法尼亚州和投票区。

申请或拒绝投票登记不会影响本机构向您提供的援助金额。

如您想在填写选民登记申请表方面获得帮助，我们将为您提供帮助。是否寻求或接受帮助取决于您自己。您也可以私下填写申请表。如您需要帮助，请联系郡援助办公室。如您认为有人干扰您登记投票或拒绝登记投票的权利、影响了您在决定是否登记或投票登记申请方面的隐私权、或您选择自己的政党或其它政治偏好的权利，您可以提出投诉。投诉地址：
Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120.（免费电话号码 1-877-VOTESPA）。

COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED ON YOUR RESPONSE ABOVE

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to Voter Registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, Not Interested __/__/__	☐ Not a U.S. Citizen __/__/__	☐ Declined, Already Registered __/__/__

如您正在接受或已经接受长期护理、支持和服务，您的费用是如何支付的？

您有未付的医疗费吗？ ☐ 是 ☐ 否
如您请求医疗援助支付这些账单，请附上副本。

医疗保险信息（包括长期护理保险）
请检查下列表格上打印的所有信息。如信息不正确，请将其删除并填写正确的信息。

保险人？	保险公司	保单编号	保险费	保险频率？

申请人和配偶的资产信息：
请检查下列表格上填写的所有个人信息。如信息不正确，请将其删除并填写正确的信息。如需要更多空间，请额外添加纸张填写。如有附加页，请注明您要回答的问题。

A. 不动产 无 ☐

地点：	业主：	房地产价值： \$	是否为收入来源： ☐ 是 ☐ 否	是否为本人居住： ☐ 是 ☐ 否
居住人：	您是否打算之后回到该地居住？ ☐ 是 ☐ 否		您还有其他不动产吗？ ☐ 是 ☐ 否	
房产是否挂牌出售？ ☐ 是 ☐ 否	如出售，请填写房地产经纪人的姓名和电话号码：（请记得告知我们房地产销售情况）			如出售，请填写挂牌出售的日期：

地点：	业主：	房地产价值： \$	是否为收入来源： ☐ 是 ☐ 否	是否为本人居住： ☐ 是 ☐ 否
居住人：	您是否打算之后回到该地居住？ ☐ 是 ☐ 否		您还有其他不动产吗？ ☐ 是 ☐ 否	
房产是否挂牌出售？ ☐ 是 ☐ 否	如出售，请填写房地产经纪人的姓名和电话号码：（请记得告知我们房地产销售情况）			如出售，请填写挂牌出售的日期：

B. 活动房屋 无 ☐

地点：	业主：	房地产价值： \$	是否为收入来源： ☐ 是 ☐ 否	是否为本人居住： ☐ 是 ☐ 否
年份和型号：	活动房屋居住人：			
房产是否挂牌出售？ ☐ 是 ☐ 否	如出售，请填写房地产经纪人的姓名和电话号码：（请记得告知我们房地产销售情况）			如出售，请填写挂牌出售的日期：

C. 殡葬事宜 无 ☐

业主：	银行/保险公司名称和地址：	账号：
殡仪馆：	账户价值： \$	账户成立日期：
去世前是否能取款？ ☐ 是 ☐ 否	利息可以支取吗？ ☐ 是 ☐ 否	
您是否拥有殡葬地？ ☐ 是 ☐ 否	如是，请提供地址：	殡葬地编号：

业主：	银行/保险公司名称和地址：	账号：
殡仪馆：	账户价值： \$	账户成立日期：
去世前是否能取款？ ☐ 是 ☐ 否	利息可以支取吗？ ☐ 是 ☐ 否	
您是否拥有殡葬地？ ☐ 是 ☐ 否	如是，请提供地址：	殡葬地编号：

D. 人寿保险 无 ☐

请检查下列表格上打印的所有信息。如信息不正确，请将其删除并填写正确的信息。

保单所有人	公司名称	保单编号	面值	当前现金价值	受益人

E. 汽车、休闲车、卡车、摩托车 无 ☐

请检查下列表格打印的所有信息。如信息不正确，请将其删除并填写正确的信息。

业主姓名	年份、品牌、型号	是否有牌照？	车牌编号	欠款金额	%拥有额度	备注
		☐ 是 ☐ 否				
		☐ 是 ☐ 否				
		☐ 是 ☐ 否				
		☐ 是 ☐ 否				
		☐ 是 ☐ 否				
		☐ 是 ☐ 否				

F. 其他资产 无 ☐

请检查下列表格打印的所有信息。如信息不正确，请将其删除并填写正确的信息。资产包括银行账户（包括支票、储蓄、零存整取度假储蓄）；存款证 (CD)；退休账户（包括个人退休帐户、基奥计划）；股票；债券（包括美国储蓄债券）；年金；信托基金；共同基金和手头现金。

业主名称	资产	当前价值	银行名称/账号	拥有百分比	备注
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

在过去 60个月内，您或您的配偶是否关闭、赠送、出售或转让任何资产，如：房屋、土地、个人财产、人寿保险、年金、银行账户、存款凭证、股票、个人退休帐户、债券、信托债券或收入权？ ☐ 是 ☐ 否

在过去的 60个月内，您或您的配偶是否将任何资产转移到信托中？ ☐ 是 ☐ 否

如两个问题都选择是，请说明情况（如需要，请附加纸张）： _____

资产类型：	转让时的市场价值：	转让或交割日期：
	\$	

如您因支付护理服务费用而关闭或耗尽任何账户资产，请列出这些账户：

帐户持有人	资产类型	位置	账户编号	交割日期

您或您的配偶是否收到或有望收到任何收入/资产/结算/一次性付款/继承？ ☐ 是 ☐ 否

如选择是，请说明情况（如需要，请附加纸张）： _____

数额：	预计日期：
\$	

申请人、配偶和/或受抚养人的收入信息
请检查下列表格上填写的所有个人信息。如信息不正确，请将其删除并填写正确的信息。如需要更多空间，请额外添加纸张填写。如有附加页，请注明您要回答的问题。

列出所有家庭收入，包括但不限于：劳动收入（工资、自雇、租金收入、食宿、佣金等）和非劳动收入（养老金、退伍军人福利、社会保障福利、失业补偿、工人补偿、铁路退休、黑肺补偿、病假福利、信托或年金费用、抚养或赡养费、彩票和赌博收入、股息或利息等）

收入者：	收入类型	收入来源	频率（每周、每两周、每月、每年）	每周平均工作小时数	总额（税前收入及扣除额）	备注

支票收受方？（监护人、代表收款人）：	地址：

住房费用

\$	每月租金/按揭
\$	销售或租赁购买协议
\$	个人护理或住所护理租赁费
\$	公寓或合作公寓的维护费
\$	移动房屋地租
\$	财产税-年度金额
\$	业主保险-年度金额

\$	基础电话费
\$	汽油费
\$	电费
\$	暖气费
\$	水费
\$	下水道清理费
\$	垃圾清理费

暖气和/或空调费用是否与租金分开支付？ ☐ 是 ☐ 否

您的权利与责任 知悉您的权利与责任：

不歧视权

本机构禁止基于种族、肤色、民族来源、残疾、年龄、性别，以及在某些情况下宗教或政治信仰进行歧视。

需要以替代方式获取项目信息（如盲文、大字版、录音带、美国手语等）的残疾人士，应联系其申请福利的机构（州或地方）。失聪、听力障碍或语言障碍人士可通过联邦转接服务（800）877-8339 联系 USDA。此外，项目信息也可能以英语以外的语言提供。

如需就接受美国卫生与公众服务部（HHS）联邦财政资助的项目提出歧视投诉，请致信：HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 或致电：（202）619-0403（语音）或（800）537-7697（TTY）。

本机构提供平等机会。

保密权

我们会对您的信息保密。您的信息仅用于决定您可能符合哪些项目的资格。按要求，郡援助办公室（CAO）必须向联邦、州和地方执法机关提供正在逃避起诉、羁押或监禁（重罪）或违反缓刑/假释者的地址、社会安全号码（SSN）以及照片（如有）。任何明知违反本部门规章制度的人，将构成轻罪；经定罪，可被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. 第 483 条）。

书面通知权

我们会向您提供书面通知解释您的福利。如我们拒绝、变更、暂停或停止福利，我们会以书面形式解释原因。您有 30 天（自通知邮寄之日起）申请听证。

申诉权

如您认为决定不公平或不正确，或 DHS 未对您的申请采取行动，您有权申请 DHS 听证以提出申诉。您可在 CAO 提出申诉。申诉后，您也可在听证前申请机构会议。听证时您可自行出席，也可由他人（如律师、朋友或亲属）代表。

主张“正当理由”（Good Cause）的权利

如您申请现金或医疗援助福利，法律要求您配合确立亲子关系并寻求抚养费。如果您能证明这可能对您或您的孩子有危险，则可免除此要求，这称为“正当理由”。除非获准正当理由豁免，否则您将需要满足就业与培训要求；除非获准正当理由，否则也需要按规定进行半年一次的报告。

遗产追偿（Estate Recovery）

如果您年满 55 岁或以上并接受医疗援助用于支付护理机构服务、居家及社区豁免服务以及相关住院和处方药服务，您将需要从遗嘱认证遗产中偿还这些服务费用。您可致电医疗援助遗产追偿计划进行咨询：1-800-528-3708。

可抵扣保险覆盖证明（Certificate of Creditable Coverage）的权利

联邦法律对因既有疾病而拒绝或限制健康保险承保的情形设有限制。如果您参加的团体健康计划排除了对您已患疾病的治疗，则您此前获得医疗救助保险的时间可计入抵扣，这可能有助于您获得承保。请联系您的个案工作者，以索取此证明。

提供信息的要求

您必须提供真实、正确、完整的信息，并协助证明您提供的信息。如您未提供某些证明材料，福利可能被拒绝。如您无法提供证明，应请求 CAO 协助获取。如 DHS 或州督察长办公室联系您，您必须充分配合。若您年满 55 岁或以上并接受医疗援助用于支付护理机构服务、居家及社区豁免服务以及相关住院和处方药服务，您可能需要从遗嘱认证遗产中偿还这些费用。如您申请现金援助，我们可能要求您签署协议，偿还您、配偶及子女已领取的福利。

提供社会安全号码（SSN）的要求

申请医疗援助福利时，您必须为每位申请人提供 SSN。如没有 SSN，必须申请。不提供 SSN 可能导致申请人无法领取福利。如您已婚而配偶不申请，您可选择是否提供配偶 SSN。所提供 SSN 将用于身份识别、电脑比对（验证收入与资源）以及防止重复领取州与联邦福利；提供 SSN 可能缩短处理时间。仅申请紧急医疗援助的非公民无需提供 SSN。

合法使用 PA ACCESS 卡的要求

一旦您符合福利资格，您将获得 PA ACCESS 卡。该卡仅可由符合资格者本人在资格期间使用，并且只能用于必要且合理的服务。

报告变更的要求

若您符合福利资格，您必须向个案工作人员或客户服务中心报告情况变更，例如家庭成员迁出/迁入、地址变更、有人获得新工作、失业、孩子出生、新收入来源或收入变化、彩票与博彩中奖等。个案工作人员及您收到的通知将根据您符合的项目与福利详细说明要求。如未在项目规定期限内报告所需变更，可能导致福利损失、处罚或民事/刑事指控。您可亲自、电话、传真、邮寄或通过 MyCOMPASS 账户向 CAO 报告变更。您也可致电客户服务中心 1-877-395-8930；费城地区请拨 1-215-560-7226，任何时间皆可联系。

理解您的权利与责任:

当本人签署本表时:

- 本人理解宾夕法尼亚州会从收入资格验证系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告机构以及州和联邦机构获取信息,以核实本人提供的信息。当州机构发现存在矛盾信息时,将通过IEVS及其他实体可获得的信息进行查询、使用,并可能通过旁证联系进行核实,且此类信息可能影响我家庭的资格认定及福利水平。
- 本人理解通过签署本申请,本人授权任何金融机构通过电子或其他方式,向人类服务部或其指定代理/承包商披露该金融机构持有的任何和所有财务信息,用于在需要时识别与核实资源(也称“资产”),以确定和重新确定医疗援助资格。财务信息包括存款、取款、账户关闭以及金融机构所要求或收到的其他相关信息,包括与账户或资产有关的其他交易。本人理解该授权有效至医疗援助资格被拒绝或终止,或本人以书面通知部门撤销该授权(以先发生者为准)。本人理解撤销授权可能导致本人或本人家庭不符合医疗援助资格。
- 本人理解如果本人歪曲、隐瞒或遗漏可能影响资格的事实,本人可能需要偿还福利,并可能被起诉且被取消未来领取某些福利的资格。
- 本人理解本人可以通过填写“代表人或授权书”部分来指定代表人或授权书持有人。
- 本人理解并同意,即使申请由他人代本人提交,本人仍需对本申请中的任何欺诈性陈述负责。
- 本人理解任何因资产或收入转移而受益的人,如果该转移会影响本人的资格,将对错误发放的福利偿还承担责任。
- 本人已收到一份《权利与责任》副本;本人已阅读或有人为本人朗读,本人理解其内容。
- 本人理解本申请中输入的信息将被保密,仅用于福利管理。本人授权为确定资格之目的披露个人、财务及医疗信息。
- 本人理解本人必须在变更发生后 10 天内报告本人需要报告的任何变更。
- 本人理解本人必须报告彩票与博彩中奖收入。
- 本人理解本人将收到解释福利的书面通知。如福利被拒绝、变更、暂停或停止,书面通知将解释原因。
- 本人理解如本人不同意本申请决定,本人有权在通知日期起 30 天内申请听证会。
- 本人理解本人的情况将由雇主、金融来源及其他第三方核实。
- 本人理解申请人必须提供其社会安全号码或申请一个;该号码可能用于核对本申请信息。
- 本人理解本人必须在符合资格期间使用 PA ACCESS 卡;该卡仅供符合资格者本人使用,并且只能领取必要且合理的福利。
- 本人理解本人无需为任何不申请援助的人提供社会安全号码。如本人提供其社会安全号码,可能用于核对本申请信息;提供该号码可能使本人获得最大福利并减少领取时间。

- 本人保证所填写信息在伪证罪处罚下均为真实。
- 本人理解本人有权获得“可抵扣保险覆盖证明”,以核实本人的医疗覆盖。联邦法律限制何时可因既往病症拒绝或限制医疗保险覆盖。如果我加入的团体健康计划包含既有状况条款,则我可以将此接受医疗援助的时间用于抵扣该条款所要求的等待期限。
- 本人理解如本人被认定符合医疗援助资格,本人将被纳入可适用的最全面医疗福利包。本人理解本人可能需要加入健康计划;加入健康计划对本人可能免费或低成本,因为部门会按月向健康计划为本人支付费用。我理解该月费是按人头计算的费用。我理解,如果由于错误、欺诈或任何其他原因,我获得了本不符合资格的医疗援助,则我可能需要向州政府偿还其为我支付的所有月费。
- 本人理解如本人符合多个医疗援助类别,本人将被纳入对本人最有利且适用的类别。本人理解本人有权选择本人接受的医疗援助类别,并在符合另一类别时申请更改。
- 本人理解本人可能被认定符合需要按月缴纳保费的医疗援助。
- 本人理解州政府有权审查所有由医疗援助支付的医疗服务记录。服务费用将直接支付给提供者而非本人本人。这包括来自 Medicare 的支付。
- 本人授权州政府在无需或通过法律行动的情况下,向私人或公共健康保险或负有责任的第三方追偿支付款项;记录金额不超过医疗援助实际支付金额。
- 本人理解本人有权请求 CAO 协助获取费用证明,并且在本人难以获得任何证明时,CAO 可联系他人进行确认。
- 本人理解如果部分或全部申请人无法通过部门获得医疗援助资格,他们可能符合联邦福利资格并/或可通过宾夕法尼亚健康保险市场 (Pennie) 探索私人医疗保险选项。在这种情况下,本人授权部门将本人在本申请中的姓名及信息提供给 Pennie。
- 未来年度的续保:** 为便于在未来年度判断本人是否有资格获得帮助支付健康保险费用,本人同意允许宾夕法尼亚健康保险市场 (Pennie) 使用本人的收入数据,包括税表信息。Pennie 将向本人发送通知,让本人进行变更,本人可随时选择退出。

是的,自动为我续期资格,期限为下一个:(请选择一项):

- ☐ 五年 (允许的最长年数)
- ☐ 四年
- ☐ 三年
- ☐ 两年
- ☐ 一年
- ☐ 请勿使用本人的税务申报信息来续期本人的保险。

X

申请人或授权代表签名

日期

X

申请人配偶或授权代表签名

日期

重要提示:如果您的家庭符合 SNAP/LIHEAP 资格,您可能会收到邮寄的“快速通道同意书”,该表可能允许您和您的家庭成员被自动登记加入医疗援助。

授权代表姓名:	授权代表地址:	电话号码:

仅供郡援助办 公室 (CAO) 使用	本人已向申请人解释其权利与责任。	
	CAO 签名:	日期:

务必在本申请上签名并注明日期,并附上所需文件。

宣誓书

本人证明，尽本人所知，本人所提供的信息是真实、正确和完整的，否则甘愿接受法律的相关制裁。我已完整阅读此申请表，或者有人已将其读给我听，我理解所提的问题。本人确认已经收到了权利和责任内容副本，本人已经阅读，或者有人已将其读给我听，我已理解其内容。

申请人或授权代表签字	日期	身份已核实	与申请人的关系
代表人地址	城市、州、邮政编码+4		电话号码
见证人（如要签署，请在上面标示 X）	日期		
见证人地址	城市、州、邮政编码+4		电话号码
提供商签名（如由提供商提交）	日期	☐ 面对面访谈：_____	
		☐ 电话采访：_____	
郡援助办公室或替代选项	日期	☐ 放弃访谈	

代表或授权书

如您有代表或授权书，请填写。通知副本将邮寄给指定的人。

姓，名，中间名：		与申请人的关系：			☐ 代表 ☐ 授权委托书
地址：	城市：	州：	邮政编码：	电话号码：	

我希望撤回申请：

_____	_____
签字	日期

您的权利和责任 请阅读了解您的权利和责任：

不歧视权

本机构禁止基于种族、肤色、民族来源、残疾、年龄、性别，以及在某些情况下宗教或政治信仰进行歧视。

需要以替代方式获取项目信息（如盲文、大字版、录音带、美国手语等）的残疾人士，应联系其申请福利的机构（州或地方）。失聪、听力障碍或语言障碍人士可通过联邦转接服务（800）877-8339 联系 USDA。此外，项目信息也可能以英语以外的语言提供。

如需就接受美国卫生与公众服务部（HHS）联邦财政资助的项目提出歧视投诉，请致信：HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 或致电：（202）619-0403（语音）或（800）537-7697（TTY）。

本机构提供平等机会。

保密权

我们会对您的信息保密。您的信息仅用于决定您可能符合哪些项目的资格。按要求，郡援助办公室（CAO）必须向联邦、州和地方执法机关提供正在逃避起诉、羁押或监禁（重罪）或违反缓刑/假释者的地址、社会安全号码（SSN）以及照片（如有）。任何明知违反本部门规章制度的人，将构成轻罪；经定罪，可被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. 第 483 条）。

书面通知权

我们会向您提供书面通知解释您的福利。如我们拒绝、变更、暂停或停止福利，我们会以书面形式解释原因。您有 30 天（自通知邮寄之日起）申请听证。

申诉权

如您认为决定不公平或不正确，或 DHS 未对您的申请采取行动，您有权申请 DHS 听证以提出申诉。您可在 CAO 提出申诉。申诉后，您也可在听证前申请机构会议。听证时您可自行出席，也可由他人（如律师、朋友或亲属）代表。

主张“正当理由”（Good Cause）的权利

如您申请现金或医疗援助福利，法律要求您配合确立亲子关系并寻求抚养费。如果您能证明这可能对您或您的孩子有危险，则可免除此要求，这称为“正当理由”。除非获准正当理由豁免，否则您将需要满足就业与培训要求；除非获准正当理由，否则也需要按规定进行半年一次的报告。

遗产追偿（Estate Recovery）

如果您年满 55 岁或以上并接受医疗援助用于支付护理机构服务、居家及社区豁免服务以及相关住院和处方药服务，您将需要从遗嘱认证遗产中偿还这些服务费用。您可致电医疗援助遗产追偿计划进行咨询：1-800-528-3708。

可抵扣保险覆盖证明（Certificate of Creditable Coverage）的权利

联邦法律对因既有疾病而拒绝或限制健康保险承保的情形设有限制。如果您参加的团体健康计划排除了对您已患疾病的治疗，则您此前获得医疗救助保险的时间可计入抵扣，这可能有助于您获得承保。请联系您的个案工作者，以索取此证明。

提供信息的要求

您必须提供真实、正确、完整的信息，并协助证明您提供的信息。如您未提供某些证明材料，福利可能被拒绝。如您无法提供证明，应请求 CAO 协助获取。如 DHS 或州督察长办公室联系您，您必须充分配合。若您年满 55 岁或以上并接受医疗援助用于支付护理机构服务、居家及社区豁免服务以及相关住院和处方药服务，您可能需要从遗嘱认证遗产中偿还这些费用。如您申请现金援助，我们可能要求您签署协议，偿还您、配偶及子女已领取的福利。

提供社会安全号码（SSN）的责任

申请医疗援助福利时，您必须为每位申请人提供 SSN。如没有 SSN，必须申请。不提供 SSN 可能导致申请人无法领取福利。如您已婚而配偶不申请，您可选择是否提供配偶 SSN。所提供 SSN 将用于身份识别、电脑比对（验证收入与资源）以及防止重复领取州与联邦福利；提供 SSN 可能缩短处理时间。仅申请紧急医疗援助的非公民无需提供 SSN。

合法使用 PA ACCESS 卡的责任

一旦您符合福利资格，您将获得 PA ACCESS 卡。该卡仅可由符合资格者本人在资格期间使用，并且只能用于必要且合理的服务。

报告变更的责任

若您符合福利资格，您必须向个案工作人员或客户服务中心报告情况变更，例如家庭成员迁出/迁入、地址变更、有人获得新工作、失业、孩子出生、新收入来源或收入变化、彩票与博彩中奖等。个案工作人员及您收到的通知将根据您符合的项目与福利详细说明要求。如未在项目规定期限内报告所需变更，可能导致福利损失、处罚或民事/刑事指控。您可亲自、电话、传真、邮寄或通过 MyCOMPASS 账户向 CAO 报告变更。您也可致电客户服务中心 1-877-395-8930；费城地区请拨 1-215-560-7226，任何时间皆可联系。

了解您的权利和责任

当本人签署本表时:

- 本人理解宾夕法尼亚州会从收入资格验证系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告机构以及州和联邦机构获取信息,以核实本人提供的信息。当州机构发现存在矛盾信息时,将通过IEVS及其他实体可获得的信息进行查询、使用,并可能通过旁证联系进行核实,且此类信息可能影响我家庭的资格认定及福利水平。
- 本人理解通过签署本申请,本人授权任何金融机构通过电子或其他方式,向人类服务部或其指定代理/承包商披露该金融机构持有的任何和所有财务信息,用于在需要时识别与核实资源(也称“资产”),以确定和重新确定医疗援助资格。财务信息包括存款、取款、账户关闭以及金融机构所要求或收到的其他相关信息,包括与账户或资产有关的其他交易。本人理解该授权有效至医疗援助资格被拒绝或终止,或本人以书面通知部门撤销该授权(以先发生者为准)。本人理解撤销授权可能导致本人或本人家庭不符合医疗援助资格。
- 本人理解如果本人歪曲、隐瞒或遗漏可能影响资格的事实,本人可能需要偿还福利,并可能被起诉且被取消未来领取某些福利的资格。
- 本人理解本人可以通过填写“代表人或授权书”部分来指定代表人或授权书持有人。
- 本人理解并同意,即使申请由他人代本人提交,本人仍需对本申请中的任何欺诈性陈述负责。
- 本人理解任何因资产或收入转移而受益的人,如果该转移会影响本人的资格,将对错误发放的福利偿还承担责任。
- 本人已收到一份《权利与责任》副本;本人已阅读或有人为本人朗读,本人理解其内容。
- 本人理解本申请中输入的信息将被保密,仅用于福利管理。本人授权为确定资格之目的披露个人、财务及医疗信息。
- 本人理解本人必须在变更发生后 10 天内报告本人需要报告的任何变更。
- 本人理解本人必须报告彩票与博彩中奖收入。
- 本人理解本人将收到解释福利的书面通知。如福利被拒绝、变更、暂停或停止,书面通知将解释原因。
- 本人理解如本人不同意本申请决定,本人有权在通知日期起 30 天内申请听证会。
- 本人理解本人的情况将由雇主、金融来源及其他第三方核实。
- 本人理解申请人必须提供其社会安全号码或申请一个;该号码可能用于核对本申请信息。
- 本人理解本人必须在符合资格期间使用 PA ACCESS 卡;该卡仅供符合资格者本人使用,并且只能领取必要且合理的福利。
- 本人理解本人无需为任何不申请援助的人提供社会安全号码。如本人提供其社会安全号码,可能用于核对本申请信息;提供该号码可能使本人获得最大福利并减少领取时间。

- 本人保证所填写信息在伪证罪处罚下均为真实。
- 本人理解本人有权获得“可抵扣保险覆盖证明”,以核实本人的医疗覆盖。联邦法律限制何时可因既往病症拒绝或限制医疗保险覆盖。如果我加入的团体健康计划包含既有状况条款,则我可以将此接受医疗援助的时间用于抵扣该条款所要求的等待期限。
- 本人理解如本人被认定符合医疗援助资格,本人将被纳入可适用的最全面医疗福利包。本人理解本人可能需要加入健康计划;加入健康计划对本人可能免费或低成本,因为部门会按月向健康计划为本人支付费用。我理解该月费是按人头计算的费用。我理解,如果由于错误、欺诈或任何其他原因,我获得了本不符合资格的医疗援助,则我可能需要向州政府偿还其为我支付的所有月费。
- 本人理解如本人符合多个医疗援助类别,本人将被纳入对本人最有利且适用的类别。本人理解本人有权选择本人接受的医疗援助类别,并在符合另一类别时申请更改。
- 本人理解本人可能被认定符合需要按月缴纳保费的医疗援助。
- 本人理解州政府有权审查所有由医疗援助支付的医疗服务记录。服务费用将直接支付给提供者而非本人。这包括来自 Medicare 的支付。
- 本人授权州政府在无需通过法律行动的情况下,向私人或公共健康保险或负有责任的第三方追偿支付款项;记录金额不超过医疗援助实际支付金额。
- 本人理解本人有权请求 CAO 协助获取费用证明,并且在本人难以获得任何证明时,CAO 可联系他人进行确认。
- 本人理解如果部分或全部申请人无法通过部门获得医疗援助资格,他们可能符合联邦福利资格并/或可通过宾夕法尼亚健康保险市场 (Pennie) 探索私人医疗保险选项。在这种情况下,本人授权部门将本人在本申请中的姓名及信息提供给 Pennie。
- **未来年度的续保:** 为便于在未来年度判断本人是否有资格获得帮助支付健康保险费用,本人同意允许宾夕法尼亚健康保险市场 (Pennie) 使用本人的收入数据,包括税表信息。Pennie 将向本人发送通知,让本人进行变更,本人可随时选择退出。

是的,自动为我续期资格,期限为下一个:(请选择一项):

- ☐ 五年 (允许的最长年数)
- ☐ 四年
- ☐ 三年
- ☐ 两年
- ☐ 一年
- ☐ 请勿使用本人的税务申报信息来续期本人的保险。