



长期护理、支持和服务的医疗援助 (Medicaid) 财务资格申请表

若您需要申请任何项目，请在方框内勾选：

- 护理机构内护理
- 家庭和社区豁免服务 – 类型/豁免名称/服务： _____
- 其他： _____

- 请阅读整个表格。
- 在无阴影部分填入要求填写的信息。
- 如您需要帮助，可以从他人处获得帮助，从郡援助办公室获得帮助。
- 请查阅本表格上打印的所有信息。如任何打印的信息不正确或已经更改，请删除所打印的信息并提供更新的信息。请检查没有提供打印回答的所有问题，并提供回答，除非相关说明告诉您可以选择不回答。

您可自行完成申请表，或委托他人代为填写。您可以申请由配偶、朋友、亲属、拥有您的授权书的个人或医疗提供商代为填写表格。您的代表人需要了解您的收入及资产情况，并能够提供相关信息。如您已婚，表格的某些部分需要您和您的配偶共同填写。

表格填写后，您可以自行或委托他人将表格交至郡援助办公室，或邮寄至郡援助办公室，除非另有说明。郡援助办公室会告知您是否需要面谈。您需要提供身份证明和关于表格中其它信息的验证，除非我们的记录中已有相关信息。如您在获取信息方面需要帮助，请向郡援助办公室寻求帮助。您需要将相关验证附在这张表格上。

若您过去60个月内放弃资产（收入或资产），或在申请长期护理、支持和服务的医疗援助前60个月内设立资产或转让资产给信托

机构，则可能失去享受福利的资格。鉴于此要求，可能需要您提供过去60个月内所拥有资产的验证，即使您可能不再拥有这些资产。我们将使用您的社会安全号码获取您申请前60个月期间的资产信息。

如您的信息完整，且提供了必要的验证（如有可能，请与本表一起上交），郡援助办公室将在收到申请后30天内通知您是否符合资格、不符合资格或是否还需要补充其它信息。

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.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអនុវត្តប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដីលវ៉ៃដៃលនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ឆោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

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。

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

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.

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.



您也可以通过以下网站在线申请：www.compass.state.pa.us

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
<input type="checkbox"/> AUTHORIZED REASON					CATEGORY	
<input type="checkbox"/> NOT AUTHORIZED REASON					DATE	

开始

您希望采用什么语言？ 英语 西班牙语 其他（指定语言）_____

您是否需要翻译？ 是 否 如需要翻译，需要哪种语言的翻译？_____

请您（即申请人）填写本节中的所有信息。告诉我们您的情况。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。

姓名（包括名字、中间名首字母、姓氏、后缀-jr./sr./等）：	社会安全号：	出生日期（年/月/日）：	性别： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
----------------------------------	--------	--------------	--

婚姻状况： <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶	如您勾选分居，那么分居的日期为？
如您选择丧偶，配偶的死亡日期为？	配偶的名字？

如分居，请填写分居配偶的关系表格。

种族（可选）（勾选所有适用项）： <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷或太平洋原住民 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他 _____
--

当前地址（如您目前在护理机构居住，请填写医护机构地址）：	电话号码：	迁至该地址的日期：
乡镇：	学区：	之前住址（如您目前在医护机构居住，请提供您的家庭地址。如您已婚，请提供配偶的地址）：

您是否曾申请或接受过现金或医疗福利，或参加过补充营养援助计划（SNAP）（以前在宾夕法尼亚州或其它州的其它郡县也称作食品券）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如是，在哪个州参加的相关福利计划？	持续多久？
	哪个郡县？	记录编号：

您之前是否在护理机构居住过？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如是，请填写护理机构名称：	地址：	日期：
---	---------------	-----	-----

您是否是美国公民或国民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如您不是美国公民或国民，请回答以下问题：			
您有合法的移民身份吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如是，请填写您的合法证明文件类型和身份证号：	文件类型：	文件身份证号：	外国人登记号码：
1996 年以前您住在美国吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	原所在国：			
如您有担保人，请填写担保人的姓名和地址：				

签字声明您上文所述的公民身份或外国人身份：

_____ 签字 _____ 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。

如果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

<input type="checkbox"/> Given to Client ___/___/___	<input type="checkbox"/> Sent to Voter Registration ___/___/___	<input type="checkbox"/> Mailed to Client ___/___/___
<input type="checkbox"/> Declined, Not Interested ___/___/___	<input type="checkbox"/> Not a U.S. Citizen ___/___/___	<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否为本人居住： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
居住人：	您是否打算之后回到该地居住？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		您还有其他不动产吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
房产是否挂牌出售？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否为本人居住： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
居住人：	您是否打算之后回到该地居住？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		您还有其他不动产吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
房产是否挂牌出售？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否为本人居住： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
年份和型号：	活动房屋居住人：			
房产是否挂牌出售？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	利息可以支取吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否拥有殡葬地? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	利息可以支取吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否拥有殡葬地? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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
		<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				

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

您的权利和责任 请阅读了解您的权利和责任：

免受歧视权

禁止该机构根据种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别以及某些情况下的宗教或政治信仰进行歧视。

对于需要通过替代交流方式（如盲文、大字、录音带、美国手语等）了解项目信息的残疾人士，请联系申请福利所在的机构（州或当地）。失聪、听力障碍或言语障碍的个人可通过联邦中继服务联系美国农业部，电话：(800) 877-8339。此外，可采用除英语之外的其它语言提供项目信息。

若您需要就通过美国卫生与公众服务部（HHS）接受联邦财政援助的计划提出歧视投诉，请向以下地址来信投诉：HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 或致电 (202) 619-0403（语音服务）或 (800) 537-7697（TTY服务）。

该机构致力于为所有人提供平等的福利机会。

保密权

我们会对您的个人信息保密。您的信息将仅用于决定您可能资格参加哪些援助计划。经要求时，对于逃避因重罪而致的起诉、拘留、监禁或违反缓刑或假释的人员，郡援助办公室（CAO）必须向联邦、州和地方执法官员提供其地址、社会安全号码（SSN）和照片（如有）。任何人故意违反本部门的任何条例的，即属轻罪，一经定罪，可处罚款不超过一百美元（\$100），或监禁不超过六个月，或两者兼有（62 P.S. section 483）。

书面通知权

我们会给您一份书面通知，说明您可获得的福利。如我们拒绝、更改、暂停或停止福利，我们将以书面形式说明原因。自通知邮寄之日起 30天内，您可以要求听证。

上诉权

如您认为某项决定不公平或不正确，或者公众服务部未能根据您的福利申请采取行动，您有权要求公众服务部举行听证以对该决定提出上诉。您可以向郡援助办公室提出上诉。如要您提出上诉，您也可以请求在听证会之前召开机构会议。在听证会上，您可以自己为自己辩护，也可以要求其他人代为辩护，如律师、朋友或亲戚。

提出正当理由的权利

如您申请现金或医疗援助福利，法律要求您在确定亲子关系和寻求支持方面予以配合。如您证明这些要求可能对您和/或您的孩子造成危险，您可能会被免除这些要求。这被称作正当理由。除非有正当理由豁免，否则您需要满足相关的就业和培训要求。除非有正当理由豁免，否则您还需要满足每半年报告一次的要求。

遗产追收

如您年龄为55岁或以上并且获得医疗援助以支付护理机构服务、家庭和社区豁免服务以及任何相关医院和处方药服务的费用，则您需要通过您的认证遗产来偿还服务费用。您可以拨打 1-800-528-3708 致电医疗援助遗产追收计划。

获得既往保险证书的权利

针对健康保险在何种情况下可能因业已存在的健康状况而被拒或受限，联邦法律作出了相关限制。如您参加了一项团体健康计划，而该计划排除了针对您业已存在的健康状况的治疗，则您可在收到医疗援助保险之时获得相关豁免。这可帮助您获得相关保险覆盖。请与您的个案工作者联系以请求此证书。

提供信息的责任

您必须提供真实、正确、完整的信息。您必须在核实您所提供的信息方面提供帮助。如您未能提供某些证明，则您的福利可能被拒。如您不能提供证明，您应请求郡援助办公室提供帮助。如公众服务部或总检察长办公室联系您，您必须与这些人员或调查员全面配合。如您年龄为55岁或以上并获得医疗援助以支付护理机构服务、家庭和社区豁免服务以及任何相关医院和处方药服务的费用，您可能需要通过认证遗产来偿还服务费用。如您申请现金援助，我们可能会要求您签署一份协议，以偿还您、您的配偶和您的子女收到的福利。

提供社会安全号码的责任

对于医疗援助福利，您必须提供您所申请的每个人的社会安全号。如您没有社会安全号，则您必须申请一个。不提供社会安全号则无法获得福利。您的社会安全号将用于身份识别、用于验证收入和资源的计算机匹配，并防止州和联邦福利的重复发放。仅申请紧急医疗救助的非公民无需提供社会安全号。（42 U.S.C 1320b-7）

合法使用PA ACCESS卡的责任

您一旦具备福利资格，就会获得一张PA ACCESS卡。此卡只能用于具备福利资格的人士，并且只能在具备资格的期间内使用。您只能使用该卡来获取需要的、合理的服务。。

报告状态变更的责任

如您获得福利资格，则需要向个案工作者或客户服务中心报告您的状态变更。报告的变更类型包括搬离旧居或迁入新居、迁入的住址、获得新的工作（如果丢掉了之前的工作）、小孩出生、新的收入来源或收入变化，以及彩票和博彩得利。您的个案工作者及您收到的通知将基于您有资格获得的计划和福利来记述详情。若您未能报告项目指南中要求报告的变更情况，可能产生福利损失、处罚或民事刑事指控。您可以亲自上门，或通过电话、传真、邮件或通过My COMPASS 账户向郡援助办公室报告变更。您也可以拨打 1-877-395-8930（费城 1-215-560-7226）随时向客户服务中心报告变更情况。

了解您的权利和责任

一旦签字，则代表：

- 本人了解，宾夕法尼亚州将从收入资格验证系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告和州和联邦机构获取信息，以核实我提供的信息。若州政府机构发现详细信息之间存在冲突，将要求、使用 IEVS 和其他实体提供的信息，并可通过间接联系进行核实，这些信息可能会影响本人家庭的资格和福利水平。
- 本人了解，在签署本申请后，本人授权任何金融机构，以电子或任何其它方式，将该机构持有的任何及所有财务资料，披露给公众服务部或其指定代理或承包商，以便在需要确定和重新确定医疗援助资格时对资产进行识别和验证。本人了解，财务资料包括存款、提款、账户关闭及向金融机构请求或收取的其它相关资料，包括金融机构就有帐户或资产所进行的其它交易。本人了解，本授权书在医疗援助资格被拒或终止前，或在本人决定以书面通知该部门撤销本授权书前一直有效，时间以先发生者为准。本人了解，如撤销授权，可能会导致本人或家属丧失医疗援助资格。
- 本人了解，若存在歪曲、隐瞒可能影响获得福利资格的事实，本人可能会被要求返还福利，同时可能面临起诉，并丧失未来获得某些福利的资格。
- 本人了解，可以通过填写代表或授权书部分内容来指定代表或授权。
- 本人了解并同意，本人对本申请所作的任何欺诈性陈述负责，即使该申请是由代表者提交的。
- 本人了解，因资产或收入转让而获利的任何人（该转让会使本人资格受到影响）须负责偿还错误发放的福利。
- 本人确认已经收到了权利和责任内容副本，已经阅读并理解；或确认有人将内容读给本人，我已理解。
- 本人了解，本申请书所载资料将保密，只供福利管理时使用。本人授权，发布个人、财务和医疗信息，以确定符合资格。
- 本人了解，需要报告的任何变更情况必须在变更发生后10天内报告。
- 本人明白，如果本人有彩票和博彩得利，必须予以上报。
- 本人了解，我将收到一份书面通知，说明福利情况。如福利被拒绝、更改、暂停或停止，将通过书面通知形式解释原因。
- 本人了解，如本人不同意就本申请所作的决定，本人将有30天的时间，自通知发出之日起，要求进行听证。
- 本人了解，本人情况须经雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 本人了解，申请人必须提供他们的社会安全号码，如他们没有社会安全号码，则需申请。此号码可用于核查有关此申请的信息。
- 本人了解，我仅可在具备福利资格期间使用PA ACCESS卡。本人只可为具备资格的人使用PA ACCESS卡，并且只能获得所需和合理的福利。
- 本人了解，我不必为没有申请援助的任何人提供社会安全号。若本人确实提供了他们的社会安全号，则此号码可用于核查该申请的信息。
- 本人证明，所有填入的信息都是真实的，一旦作假，将受到伪证罪（刑事）的处罚。
- 本人了解，我有权获得一份既往保险证书来核实我的医疗保险。针对健康保险在何种情况下可能因业已存在的健康状况而被拒或受限，联邦法律作出了相关限制。如我参加了一项团体健康计划，而该计划有针对业已存在的健康状况的条款，则我可在收到医疗援助保险之时获得相关豁免。
- 本人了解，如确定我有资格获得医疗援助，则将尽可能向本人提供最全面的医疗保健福利。本人了解，我可能需要参加一个健康计划。本人了解，参加一个健康计划可能是免费的或只需很少费用，因为本部门将为我向健康计划支付月费。本人了解，月费为按人头均摊的费用。本人了解，如因错误、欺诈或任何其它原因，本人而接受了本无资格享受的医疗援助，则可能会要求我向该部门偿还代本人缴付的所有月费。

- 本人了解，州有权审查医疗援助支付的所有医疗服务的记录。服务支付将直接提供给服务提供商，而不是我。它包括来自Medicare的支付。
- 本人授予州从私人或公共健康保险或相关第三方寻求付款的权利，无论是否通过法律途径。记录的金额不得超过医疗援助支付的金额。
- 本人了解，本人有权请郡援助办公室 (CAO) 帮助获得费用证明，如获得证明有困难，则郡援助办公室可联系其他人进行确认。
- 本人了解，如果部分或全部申请者不具备该部门的医疗保健资格，但他们可能有资格获得联邦福利和/或可通过医疗保险市场 (Health Insurance Marketplace) 寻求私人医疗保健方案。在这种情况下，我授权该部门将我的姓名和申请信息提供给市场。
- 未来几年续保：为了更便于确定本人是否有资格在未来几年获得医疗保险支付方面的帮助，本人同意允许医疗保险市场使用我的收入数据，包括纳税申报表中的信息。市场会给我发送通知，供本人进行更改，本人可以随时选择退出。

是，针对以下年限自动更新我的资格：

(勾选其中一项)：

- 五年 (允许的最长年数)
- 四年
- 三年
- 二年
- 一年
- 不要使用我的纳税申报表信息来续保。

X

申请人或授权代表签字

日期

重要提示：如您的家庭符合 SNAP/LIHEAP 的条件，则您可以在邮件中收到一份允许您和您的家庭成员自动加入医疗援助的快速同意表。

授权代表姓名	授权代表地址	电话号码

COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.	
	_____ CAO Signature	_____ Date

请务必在本申请表上签字并注明日期，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：

免受歧视权

禁止该机构根据种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别以及某些情况下的宗教或政治信仰进行歧视。

对于需要通过替代交流方式（如盲文、大字、录音带、美国手语等）了解项目信息的残疾人士，请联系申请福利所在的机构（州或当地）。失聪、听力障碍或言语障碍的个人可通过联邦中继服务联系美国农业部，电话：(800) 877-8339。此外，可采用除英语之外的其它语言提供项目信息。

若您需要就通过美国卫生与公众服务部（HHS）接受联邦财政援助的计划提出歧视投诉，请向以下地址来信投诉：HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 或致电 (202) 619-0403（语音服务）或 (800) 537-7697（TTY服务）。

该机构致力于为所有人提供平等的福利机会。

保密权

我们会对您的个人信息保密。您的信息将仅用于决定您可能资格参加哪些援助计划。经要求时，对于逃避因重罪而致的起诉、拘留、监禁或违反缓刑或假释的人员，郡援助办公室（CAO）必须向联邦、州和地方执法人员提供其地址、社会安全号码（SSN）和照片（如有）。任何人故意违反本部门的任何条例的，即属轻罪，一经定罪，可处罚款不超过一百美元（\$100），或监禁不超过六个月，或两者兼有（62 P.S. section 483）。

书面通知权

我们会给您一份书面通知，说明您可获得的福利。如我们拒绝、更改、暂停或停止福利，我们将以书面形式说明原因。自通知邮寄之日起 30天内，您可以要求听证。

上诉权

如您认为某项决定不公平或不正确，或者公众服务部未能根据您的福利申请采取行动，您有权要求公众服务部举行听证以对该决定提出上诉。您可以向郡援助办公室提出上诉。如要您提出上诉，您也可以请求在听证会之前召开机构会议。在听证会上，您可以为自己辩护，也可以要求其他人代为辩护，如律师、朋友或亲戚。

提出正当理由的权利

如您申请现金或医疗援助福利，法律要求您在确定亲子关系和寻求支持方面予以配合。如您证明这些要求可能对您和/或您的孩子造成危险，您可能被免除这些要求。这被称作正当理由。除非有正当理由豁免，否则您需要满足相关的就业和培训要求。除非有正当理由豁免，否则您还需要满足每半年报告一次的要求。

遗产追收

如您年龄为55岁或以上并且获得医疗援助以支付护理机构服务、家庭和社区豁免服务以及任何相关医院和处方药服务的费用，则您需要通过您的认证遗产来偿还服务费用。您可以拨打 1-800-528-3708 致电医疗援助遗产追收计划。

获得既往保险证书的权利

针对健康保险在何种情况下可能因业已存在的健康状况而被拒或受限，联邦法律作出了相关限制。如您参加了一项团体健康计划，而该计划排除了针对您业已存在的健康状况的治疗，则您可在收到医疗援助保险之时获得相关豁免。这可帮助您获得相关保险覆盖。请与您的个案工作者联系以请求此证书。

提供信息的责任

您必须提供真实、正确、完整的信息。您必须在核实您所提供的信息方面提供帮助。如您未能提供某些证明，则您的福利可能被拒。如您不能提供证明，您应请求郡援助办公室提供帮助。如公众服务部或总检察长办公室联系您，您必须与这些人员或调查员全面配合。如您年龄为55岁或以上并获得医疗援助以支付护理机构服务、家庭和社区豁免服务以及任何相关医院和处方药服务的费用，您可能需要通过认证遗产来偿还服务费用。如您申请现金援助，我们可能会要求您签署一份协议，以偿还您、您的配偶和您的子女收到的福利。

提供社会安全号码的责任

对于医疗援助福利，您必须提供您所申请的每个人的社会安全号。如您没有社会安全号，则您必须申请一个。不提供社会安全号则无法获得福利。您的社会安全号将用于身份识别、用于验证收入和资源的计算机匹配，并防止州和联邦福利的重复发放。仅申请紧急医疗救助的非公民无需提供社会安全号。（42 U.S.C 1320b-7）

合法使用PA ACCESS卡的责任

您一旦具备福利资格，就会获得一张PA ACCESS卡。此卡只能用于具备福利资格的人士，并且只能在具备资格的期间内使用。您只能使用该卡来获取需要的、合理的服务。

报告状态变更的责任

如您获得福利资格，则需要向个案工作者或客户服务中心报告您的状态变更。报告的变更类型包括搬离旧居或迁入新居、迁入的住址、获得新的工作（如果丢掉了之前的工作）、小孩出生、新的收入来源或收入变化，以及彩票和博彩得利。您的个案工作者及您收到的通知将基于您有资格获得的计划和福利来记述详情。若您未能报告项目指南中要求报告的变更情况，可能产生福利损失、处罚或民事刑事指控。您可以亲自上门，或通过电话、传真、邮件或通过My COMPASS 账户向郡援助办公室报告变更。您也可以拨打 1-877-395-8930（费城 1-215-560-7226）随时向客户服务中心报告变更情况。

了解您的权利和责任

一旦签字，则代表：

- 本人了解，宾夕法尼亚州将从收入资格验证系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告和州和联邦机构获取信息，以核实我提供的信息。若州政府机构发现详细信息之间存在冲突，将要求、使用 IEVS 和其他实体提供的信息，并可通过间接联系进行核实，这些信息可能会影响本人家庭的资格和福利水平。
- 本人了解，在签署本申请后，本人授权任何金融机构，以电子或任何其它方式，将该机构持有的任何及所有财务资料，披露给公众服务部或其指定代理或承包商，以便在需要确定和重新确定医疗援助资格时对资产进行识别和验证。本人了解，财务资料包括存款、提款、账户关闭及向金融机构请求或收取的其它相关资料，包括金融机构就有关帐户或资产所进行的其它交易。本人了解，本授权书在医疗援助资格被拒或终止前，或在本人决定以书面通知该部门撤销本授权书前一直有效，时间以先发生者为准。本人了解，如撤销授权，可能会导致本人或家属丧失医疗援助资格。
- 本人了解，若存在歪曲、隐瞒可能影响获得福利资格的事实，本人可能会被要求返还福利，同时可能面临起诉，并丧失未来获得某些福利的资格。
- 本人了解，可以通过填写代表或授权书部分内容来指定代表或授权。
- 本人了解并同意，本人对本申请所作的任何欺诈性陈述负责，即使该申请是由代表者提交的。
- 本人了解，因资产或收入转让而获利的任何人（该转让会使本人资格受到影响）须负责偿还错误发放的福利。
- 本人确认已经收到了权利和责任内容副本，已经阅读并理解；或确认有人将内容读给本人，我已理解。
- 本人了解，本申请书所载资料将保密，只供福利管理时使用。本人授权，发布个人、财务和医疗信息，以确定符合资格。
- 本人了解，需要报告的任何变更情况必须在变更后10天内报告。
- 本人明白，如果本人有彩票和博彩得利，必须予以上报。
- 本人了解，我将收到一份书面通知，说明福利情况。如福利被拒绝、更改、暂停或停止，将通过书面通知形式解释原因。
- 本人了解，如本人不同意就本申请所作的决定，本人将有30天的时间，自通知发出之日起，要求进行听证。
- 本人了解，本人情况须经雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 本人了解，申请人必须提供他们的社会安全号码，如他们没有社会安全号码，则需申请。此号码可用于核查有关此申请的信息。
- 本人了解，我仅在具备福利资格期间使用PA ACCESS卡。本人只可为具备资格的人使用PA ACCESS卡，并且只能获得所需和合理的福利。
- 本人了解，我不必为没有申请援助的任何人提供社会安全号。若本人确实提供了他们的社会安全号，则此号码可用于核查该申请的信息。
- 本人证明，所有填入的信息都是真实的，一旦作假，将受到伪证罪（刑事）的处罚。
- 本人了解，我有权获得一份既往保险证书来核实我的医疗保险。针对健康保险在何种情况下可能因业已存在的健康状况而被拒或受限，联邦法律作出了相关限制。如我参加了一项团体健康计划，而该计划有针对业已存在的健康状况的条款，则我可在收到医疗援助保险之时获得相关豁免。

- 本人了解，如确定我有资格获得医疗援助，则将尽可能向本人提供最全面的医疗保健福利。本人了解，我可能需要参加一个健康计划。本人了解，参加一个健康计划可能是免费的或只需很少费用，因为本部门将为我向健康计划支付月费。本人了解，月费为按人头均摊的费用。本人了解，如因错误、欺诈或任何其它原因，本人而接受了本无资格享受的医疗援助，则可能会要求我向该部门偿还代本人缴付的所有月费。
- 本人了解，州有权审查医疗援助支付的所有医疗服务的记录。服务支付将直接提供给服务提供商，而不是我。它包括来自Medicare的支付。
- 本人授予州从私人或公共健康保险或相关第三方寻求付款的权利，无论是否通过法律途径。记录的金额不得超过医疗援助支付的金额。
- 本人了解，本人有权请郡援助办公室（CAO）帮助获得费用证明，如获得证明有困难，则郡援助办公室可联系其他人进行确认。
- 本人了解，如果部分或全部申请者不具备该部门的医疗保健资格，但他们可能有资格获得联邦福利和/或可通过医疗保险市场（Health Insurance Marketplace）寻求私人医疗保健方案。在这种情况下，我授权该部门将我的姓名和申请信息提供给市场。
- 未来几年续保：为了更便于确定本人是否有资格在未来几年获得医疗保险支付方面的帮助，本人同意允许医疗保险市场使用我的收入数据，包括纳税申报表中的信息。市场会给我发送通知，供本人进行更改，本人可以随时选择退出。

是，针对以下年限自动更新我的资格：

(勾选其中一项)：

- 五年（允许的最长年数）
- 四年
- 三年
- 二年
- 一年
- 不要使用我的纳税申报表信息来续保。