



Medicare 保费、共同承担额和自付额支付申请

若您为残障人士并且需要本表的大字版或其他版本，请拨打热线服务电话：1-800-692-7462。失聪、有听力障碍或语言障碍并希望获取热线服务的个人可拨打 **711 致电 PA 中继服务**。

This is an application for payment of your Medicare premiums, Coinsurance and Deductibles. If you need this application in a different language or someone to interpret, please contact your local county assistance office, CAO. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud para el pago de su Cobertura de Salud y/o primas de Medicare. Si necesita esta solicitud en otro idioma o servicios de interpretación, comuníquese con su oficina de asistencia del condado (CAO, por sus siglas en inglés) local. La asistencia para comunicarse en otro idioma se proporcionará gratuitamente.

Đây là một đơn xin thanh toán phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ của chương trình Medicare của quý vị. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc cần người phiên dịch, vui lòng liên hệ văn phòng hỗ trợ của hạt tại địa phương (CAO). Việc hỗ trợ về ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

هذا طلب لسداد أقساط الرعاية الطبية والتأمين والاشتراكات الخاصة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الطلب بلغة مختلفة أو إلى شخص لترجمته فوري، يرجى الاتصال بمكتب المعونة المحلي في مقاطعتك CAO ستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

នេះគឺជាពាក្យសុំសំរាប់ការបង់ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា និង ការដកហូតយកធានារ៉ាប់រង ។ ប្រសិនបើ លោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំ នេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ឱ្យជួយបកប្រែជូនលោកអ្នក សូមទាក់ទងមកករិយាល័យជំនួយប្រចាំប្រទេស, CAO ។ ចំពោះជំនួយខាងផ្នែកភាសានិងត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ ។

Данный документ является заявлением на оплату страховых премий программы Medicare, совместного страхования и нестрахуемого минимума. Если это заявление необходимо вам на другом языке, или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения (County assistance office, CAO). Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

这是用于支付您医疗 (Medicare) 保险费用、共负保险额和自付额的申请书。如果您需要另一语言版本的申请书，或者需要他人加以解释，请与您当地的县援助办公室 (CAO) 联系。将免费提供语言援助。

您的医疗保险承保范围的相关信息

我应该申请吗？

是的，您应申请。每个人都有权申请，并且我们鼓励大家申请。

有哪些福利？

有几种不同的福利。根据您的收入和资源，您可能有资格享受下列其中一类福利：

合格个人 (Qualified Individuals, QI) 福利

- 为您支付 Medicare B 部分保费。每月收入不得高于联邦贫困线的 135%。资源限额高于大多数其他医疗援助计划。如需了解当前限额，请拨打 1-877-395-8930 联系当地的郡援助办公室 (County Assistance Office, CAO) 或客户服务中心 (Customer Service Center, CSC)。费城居民请拨打 1-215-560-7226。

指定的低收入 Medicare 受益人 (Specified Low Income Medicare Beneficiaries, SLMB)

- 为您支付 Medicare B 部分保费。每月收入不得高于联邦贫困线的 120%。资源限额高于大多数其他医疗援助计划。如需了解当前限额，请拨打 1-877-395-8930 联系当地 CAO 或 CSC。费城居民请拨打 1-215-560-7226。

合格的 Medicare 受益人 (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB)

- 为您支付 Medicare A 部分保费 (如果您必须自行支付保费)，Medicare B 部分保

费、Medicare 自付额和共同保险 (共付额) 费用。每月收入不得高于联邦贫困线的 100%。资源限额高于大多数其他医疗援助计划。如需了解当前限额，请拨打 1-877-395-8930 联系当地 CAO 或 CSC。费城居民请拨打 1-215-560-7226。

- 合格的 Medicare 受益人也可能有资格获得全额医疗补助福利 (包括赴约医疗约诊的交通福利) 和 Medicare 保费支付。资源限额为个人 \$2,000 / 已婚夫妇 \$3,000。

即使您的收入、非劳动收入和资源超过限额，您也应该申请，因为并非所有收入都计算在内。某些资源不计算在内，例如您居住的房子。收入限额可能每年都在变化。

为了为您支付前三个月的 Medicare B 部分保费，我们将对您的申请进行审核。





Medicare 保费、 共同承担额和自付额支付申请

我该如何申请？

填写此申请表。阅读整个申请表，包括说明。请在申请表上工整书写您的回复。如果您在回答问题时需要帮助，请致电当地的郡援助办公室（即 CAO），或拨打热线电话 1-800-842-2020（如果您有听力障碍，请致电 TDD 电话 1-800-451-5886）。

您可以通过登录 www.compass.state.pa.us、通过邮件或访问您当地的郡援助办公室进行申请。

我应将申请表寄至哪里？

填写申请表后，将其发送给您当地的 CAO。请拨打 1-877-395-8930 与 CSC 联系以获取正确的地址。
费城居民请拨打 1-215-560-7226。

了解我是否符合资格需要多久？应该需要 30 天。如果需要其他信息，最多可能需要 45 天。

您是否需要口译员？

是 否

如果需要，是什么语言？

PROVIDER USE ONLY				
PROVIDER NAME		PROVIDER NUMBER		
<input type="checkbox"/> INPATIENT	<input type="checkbox"/> OUTPATIENT	<input type="checkbox"/> EMERGENCY		
<input type="checkbox"/> NON-APPLICABLE				
COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE				
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK-IN	FILE CLEAR BY DATE	SCREEN BY DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG #	DATE STAMP	CAT
WORKER I.D.	CASELOAD	RECORD NUMBER	2ND DATE	CAT
NAME				
APPOINTMENT DATE/TIME				AM PM
<input type="checkbox"/> APPLICATION		<input type="checkbox"/> RENEWAL		
AUTHORIZED		NOT AUTHORIZED		
DATE				
BY				
CAT				
REASON CODE				

请工整书写所有信息

问题 1 - 告知我们您（即申请人）的相关信息：我们需要收集有关您（即申请福利之人）的信息。

办公室专线 #	姓名（姓氏、名字、中间名首字母缩写）	JR/SR/等。	出生日期（月/日/年）	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社会安全号码：
Medicare 索赔编号	您是美国公民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	非公民注册 ID	您有 PA Access 证吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	关系 本人	
种族（可选）	您可能适合多个组别。请勾选所有适用的组。如果您不回答，您的福利不会受到影响。				
<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 西班牙裔	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著	<input type="checkbox"/> 亚裔
<input type="checkbox"/> 白人（不是西班牙裔）		<input type="checkbox"/> 单身	<input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 事实婚姻
			<input type="checkbox"/> 离婚	<input type="checkbox"/> 丧偶	
家庭住址（包括街道、门牌号、城市、州、郡和邮政编码 + 4）：				电话号码	
邮寄住址（包括街道、门牌号、城市、州、郡和邮政编码 + 4）：					
乡镇或市区			学区		



问题 2 - 告知我们您的配偶是否与您同住。要确定您是否符合资格，我们需要了解与您同住的配偶。

您是为您的配偶申请吗？

是 否

办公室专线 #	姓名 (姓氏、名字、中间名首字母缩写)	JR/SR/等。	出生日期 (月/日/年)	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社会安全号码	Medicare 索赔编号
配偶是美国公民吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	非公民注册 ID	配偶有 PA Access证吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		关系 配偶		
种族 (可选)	您可能适合多个组别。请勾选所有适用的组。如果您不回答，您的福利不会受到影响。					
	<input type="checkbox"/> 1 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 2 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 3 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 4 亚裔 <input type="checkbox"/> 5 白人 (不是西班牙裔) <input type="checkbox"/> 6 其他 <input type="checkbox"/> 7 夏威夷土著或太平洋岛民					

问题 3 - 未满 21 岁的子女。我们需要知道是否有未满 21 岁的子女与您同住。

是否有未满 21 岁的子女与您同住？

是 否

办公室专线 #	姓名 (姓氏、名字、中间名首字母缩写)	JR/SR/等。	出生日期 (月/日/年)	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社会安全号码	Medicare 索赔编号
其是否也是美国公民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	非公民注册 ID	关系				
种族 (可选)	您可能适合多个组别。请勾选所有适用的组。如果您不回答，您的福利不会受到影响。					
	<input type="checkbox"/> 1 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 2 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 3 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 4 亚裔 <input type="checkbox"/> 5 白人 (不是西班牙裔) <input type="checkbox"/> 6 其他 <input type="checkbox"/> 7 夏威夷土著或太平洋岛民					

办公室专线 #	姓名 (姓氏、名字、中间名首字母缩写)	JR/SR/等。	出生日期 (月/日/年)	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	社会安全号码	Medicare 索赔编号
其是否也是美国公民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	非公民注册 ID	关系				
种族 (可选)	个人可能适合多个组别。勾选所有适用的组。如果您不回答，您的福利不会受到影响。					
	<input type="checkbox"/> 1 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> 2 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 3 美洲印第安人或阿拉斯加土著 <input type="checkbox"/> 4 亚裔 <input type="checkbox"/> 5 白人 (不是西班牙裔) <input type="checkbox"/> 6 其他 <input type="checkbox"/> 7 夏威夷土著或太平洋岛民					

问题 4 - 美国兵役。

是否有人在美国军队服兵役，或曾在美国军队服兵役？

是 否

是否有在美国军队服兵役或曾在美国军队服兵役的个人的遗孀、配偶或子女 (未满 18 岁)？

是 否

服兵役之人	军种 (例如: 陆军、海军、海军陆战队、空军、海岸警卫队)	服兵役日期



问题 5 - 选民登记。

选民登记 (可选)

如果您目前没有登记参加您居住地的选举，您想于今日申请登记并在此投票吗？ 是 否
如果您没有在任何框中勾选，您将被认为已经决定不在此时登记投票。

欲进行登记，您必须：1) 于下次选举当天至少年满18岁；2) 于下次选举至少一个月前是美国公民；3) 于下次选举至少30天前在宾夕法尼亚和投票区居住。

申请登记或拒绝登记投票不会影响本机构提供给您的援助金额。

如果您愿意在帮助下填写选民登记申请表，我们将给予您帮助。是否寻求或接受帮助，决定权在于您。您可以私下填写申请表。如果您需要帮助，请联系郡援助办公室。如果您认为有人干涉您登记或拒绝登记投票的权利、决定是否登记或申请登记投票的隐私权或您选择自己的政党或其他政治偏好的权利，您可以向州务卿（地址：PA Department of State, Harrisburg, PA 17120）提出投诉。（免费电话号码 1-877-VOTESPA）

郡援助办公室工作人员将根据您以上的反馈完成此信息框。

<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 __/__/__

问题 6 - 收入。我们需要了解您和您的配偶的收入。包括未满 21 岁儿童的收入。并非所有收入都计算在内。例如，我们忽略不到 \$20 的收入，并可能作出其他扣减。列出扣减（如税或保险）之前的收入金额。（如有需要，可另外附纸）。

包括配偶或子女在内的所有人都有收入吗？

如果是，列出您本月已收到或预计本月即将收到的任何收入。 是 否

- 工资
- 银联支付
- 病假补助津贴
- 失业或工人补偿金
- 租金
- 食宿费
- 培训费
- 佣金
- 社会安全生活辅助金 (Supplemental Security Income, SSI)
- 自雇
- 股息或利息
- 子女抚养费
- 社会保障金
- 退休金
- 其他 (详细说明)

姓名	收入类型/来源	多少钱	频率?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	



问题 7 - 收入支出。 一些人必须支付费用才能获得收入。该问题即询问是否有人必须支付资产减值相关的工作费用、律师费、诉讼费或交通费等才能获得问题 #6 中列出的收入。

包括配偶或子女在内的任何人，是否有为获取收入而支付律师费、银行费、诉讼费、交通费和资产减值相关工作费等费用吗？

如果有人支付这些费用，请在此处列出。 是 否

由谁支付费用？	费用类型	金额？	频率？
		\$	
		\$	
		\$	

问题 8 - 资源。 对于该问题，我们想了解每个人的资源。资源是您可能拥有的资产或储蓄。请注意，资格审查时，并非所有资源都计入在内。例如，我们不把您居住的房子计算在内。对于列出的每个资源，请选择是或否。对于每个“是”的回答，即表示您或其他人拥有所列资源，请使用图表中的空格告诉我们有关该资源的更多信息。

包括配偶或子女在内的任何人是否有以下任何资源？

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 手上的现金 (01) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 非居住物业 (98) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 股票或债券 (05) |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 储蓄账户 (02) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 墓地及相关公积或信托 (97) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 信托基金 (06) |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 支票账户 (03) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 美国储蓄债券 (05) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 个人退休金帐户、KEOGH计划或其它退休计划 (27) |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 存款单 (26) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 圣诞节或假日俱乐部 (04) | |

哪些人有资源？	类型和地点/金融机构	账号	现值
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

问题 9 - 车辆。 对于该问题，我们想了解任何车辆。请注意，资格审查时，并非所有车辆都计入在内。例如，我们不把第一辆车计算在内。

包括配偶或子女在内的任何人是否拥有或即将购买汽车/卡车或摩托车？

是 否

谁拥有车辆？	年份、制造商和型号	领有牌照	所欠金额
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$



问题 10 - 人寿保险。 对于该问题，我们希望了解在您所知范围内的任何人寿保险单及其面值和现金价值。

包括配偶或子女在内的所有人都有人寿保险单吗？

如有，请尽您所知填写本节。如果您不了解所有信息，也是可以的。

是 否

谁拥有保单？	保险公司	保单号码	面值	现金价值	谁是投保人？
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	

问题 11 - 医疗保险。 对于该问题，我们想了解您拥有的其他医疗保险（如有）。

包括配偶或子女在内的任何人是否有任何其他医疗保险，包括 Medicare 或其他人购买的保险？如果有，请填写以下内容并提供卡的复印件和/或保费通知。

是 否

保险公司	保单号码	谁是投保人？	保费	频率

问题 12 - 收入或资源的变化。 如果您或您的配偶在过去三个月中的任何一个月内支付了 Medicare B 部分保费，则您可以获得退款。

请告诉我们，过去三个月内收入或资源是否有变化。

否，没有变化。

是，收入或资源发生了变化。请说明：



问题 13 - 验证。 我们需要您提供的信息证明来处理您的申请。如果您无法获得信息证明，您的 CAO 将为您提供帮助。

如果您需要帮助获取地址、收入和/或资源的证明，请在此处查看。

您有您已提供信息的复印件吗？

是

否

请发送复印件——不是原件	
身份证明 (只有一个来源)	驾驶执照、护照、带照片的身份证件。
外侨身份 (仅限非美国公民)	大多数当前有效的移民文件。
收入	一个月的当前工资单、养老金证明、失业补偿财务资格通知、纳税申报表或其他自营职业收入记录、支票存根副本或收入来源报表。
资源	银行对账单、保险单、税务评估通知。

您的权利和责任

医疗救助

- 我明白，宾夕法尼亚州从收入资格验证系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告以及州和联邦机构处获取信息以核实我提供给他们的资料。当州机构发现矛盾之处且该资料可能会影响我家庭的资格和福利水平时，会向IEVS和其他实体请求提供信息，并使用这些信息，且可能通过侧面联系以进行核实。
- 我明白，通过签署本申请表，我授权任何金融机构，当需要确定和重新确定医疗救助资格时，为识别和验证资产之目的，通过电子方式或任何其他手段，将该机构所持有的任何和所有财务信息，披露给公众服务部或其指定的代理机构或承包商。我明白，金融信息包括存款、取款、账户关闭和其他金融机构要求或收到的相关信息，包括金融机构就账户或资产所进行的其它交易。我明白，该授权将持续有效，直至医疗救助资格被拒绝或结束，或我决定以书面形式向该部门发出撤销通知时，以先发生的为准。我明白，如果我撤销这项授权，这可能使我或我的家庭失去获得医疗救助的资格。
- 我明白，如果我歪曲、隐瞒或拒绝给予可能影响我福利资格的事实，我可能会被要求偿还我的福利，我可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 我明白，我可以通过填写授权代表部分并将其与申请表一起提交来指定一名授权代表。
- 我理解并同意，我对本申请表中的任何虚假陈述负责，即便申请表是由代表我的人提交的。
- 我明白，填写于本申请表中的信息将被保密，且只能用于发放福利。我授权为确定资格而进行的个人、财务和医疗信息的发布。
- 我明白，我被要求报告的任何变更必须于变更发生的次月前10天内进行报告。
- 我明白，我会收到一份书面通知来说明这些福利。如果福利被拒绝、改变、中止或终止，书面通知将说明原因。
- 我明白，如果我不同意针对该申请的决定，从通知之日起30日内，我可以请求听证。
- 我明白，我的情况需要得到雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 我明白，申请者必须提供其社会安全号码，如果没有的话，则必须申请一个。该号码可能会被用来核对该申请表中的信息。
- 我明白，只有在我具备资格的期间，我才必须使用电子福利转移 (EBT) 或PA ACCESS卡。我必须仅为具备资格的人使用EBT或PA ACCESS卡，我可能只会得到合理所需的福利。
- 我明白，我不需要针对未申请医疗保健的人提供社会安全号码。如果我确实提供了社会安全号码，那么它可以用来核对该申请表上的信息。
- 我保证，填写的所有信息都是真实的，如有不符，我愿受伪证罪处罚。
- 我明白，我有权获得一份可抵扣保险覆盖证明来核实我的医疗保险。医疗保险在何时可能会因已有疾病而被拒绝或限制，将受到联邦法律的约束。如果我参加了将我的已有疾病排除在治疗范围之外的团体医疗计划，那么在我接受医疗救助保险之时，我可以获得抵扣。

- 本人明白，如果本人被确定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福利计划。本人明白，本人可能须参加一项健康计划。本人明白，参加健康计划对本人来说是免费的或只需支付很少费用，因为该部门将为本人支付每月的健康计划费用。本人明白，该每月费用为人头费。本人明白，如本人领取了本无资格获取的医疗援助（因错误、欺诈或任何其它原因而导致资格丧失），则本人需要向该部门偿还此前为本人支付的所有月度费用。
- 我明白，即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得医疗救助，他们也可能有资格获得CHIP。在这种情况下，我授权公众服务部将我的名字和信息提供给保险部门或CHIP承包商。我了解我在CHIP下的权利和责任。
- 我明白，即便一些或所有提出申请的个人没有资格通过该部门获得医疗服务，他们也可能会有资格获得联邦福利，以及/或通过医疗保险市场 (Health Insurance Marketplace) 去寻找私人医疗保险选项。在这种情况下，我授权该部门将我的名字和信息提供给该市场。我了解我在医疗保险市场下的权利和责任。

CHIP

您对以下事项拥有权利：

- 保密性——本申请表中的所有信息将会被保密。本申请表将只会与您申请和/或可能符合条件的政府项目共享，如医疗救助和医疗保险市场的保费援助。
- 指定个人代表——您可以通过填写个人代表指定表以选择另一个人来接收有关您或您未成年子女的健康相关信息。
- 可抵扣保险覆盖证明——当您退出该项目时，如果您符合条件，您将获得一份可抵扣保险覆盖证明来核实医疗保险。
- 书面通知——您将得到一份用以说明您资格的书面通知。
- 上诉——如果您不同意有关本申请的任何决定，您可以在决定作出之日起30日内要求进行公正复审。

您的权利和责任 (续)

您对以下事项具有责任:

- 阅读并充分理解本申请表。
- 提供真实、正确、完整的信息,了解故意提供虚假信息的处罚:这是一种严重的违法行为,被视为刑事保险诈骗。
- 协助审查本申请表,包括面谈和审核医疗记录。
- 应意识到,某些信息可能会接受雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 如果身份和美国公民身份等信息不是通过本申请程序获得的,需提供其证明。
- 如果您为之提出申请的人不是美国公民,需通过提交美国公民和移民服务局的文件来证明合法移民身份。
- 及时报告有关家庭的所有变化,包括收入、地址和电话号码。

我明白:

- 即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得CHIP,他们也可能有资格获得医疗援助。在这种情况下,我授权保险部门将本申请中的任何和所有信息提供给公众服务部。我了解我在医疗救助下的权利和责任。
- 即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得CHIP,他们也可能有资格获得联邦福利,以及/或通过医疗保险市场去寻找私人医疗保险选项。在这种情况下,我授权该部门将本申请中的任何和所有信息提供给市场。我了解我在医疗保险市场下的权利和责任。
- 如果确定我的孩子有资格从公立机构获取州雇员医疗福利,并且该机构将支付一小部分的福利或保费,那么我的孩子就没有资格获取CHIP。在这种情况下,并且我的孩子已经收到CHIP的福利,那么我孩子的CHIP福利可能会被追回并被终止。

医疗保险市场:

- 我保证,填写的所有信息都是真实的,如有不符,我愿受伪证罪处罚。我明白,如果我故意提供虚假和/或不真实的信息,我可能会受到联邦法律的处罚。
- 我知道,如果任何事项改变了(且不同于)我写于本申请表上的信息,我必须告诉医疗保险市场。我可以访问www.HealthCare.gov或拨打1-800-318-2596来报告任何变化。我明白,发生于我信息之上的变化可能会影响我家庭成员的资格。
- 我明白,根据联邦法律,基于种族、肤色、国籍、性别、年龄、性取向、性别认同或残疾的歧视是不被允许的。我可以通过访问www.hhs.gov/ocr/office/file来提交对歧视的申诉。

- 我确认,对本申请表上的医疗保险提出申请的人没有被监禁(拘留或限制人身自由)。

如果并非如此,则被监禁的人是 _____。
(被监禁者的姓名)

- **未来几年保障的续期:**为了简化我的资格审查以便帮助在未来几年内进行健康保险支付,我同意,允许市场使用我的收入数据,包括来自纳税申报单的信息。市场会发给我一个通知,让我做任何修改,并且我可以随时退出。

是的,在以下年数中自动延续我的资格:

(勾选其中之一)

- 5年(允许的最大年数)
- 4年
- 3年
- 2年
- 1年
- 不要来自我纳税申报单上的信息来续约我的保险。

- 我证明，在我的所知范围内，我了解我的权利和责任，包含在本申请表中的信息是完整和真实的，如有不符，我愿接受伪证罪的惩罚。我还确证，故意在本申请表中提供虚假或不完整的信息是保险欺诈行为。
- 我明白，我可以通过填写授权代表部分并将其与申请表一起提交来指定一名授权代表。
- 我理解并同意，我对本申请表中的任何虚假陈述负责，即便申请表是由代表我的人提交的。
- 我明白，如果所有提出申请的人被发现有资格通过医疗保险市场获得医疗救助、CHIP或联邦福利，则他们可获得他们有资格参与项目下的保障。
- 如果任何申请者可能有资格参加CHIP，我将允许公众服务部将本申请表上我的姓名和信息提供给保险部门或CHIP承包商。
- 如果任何申请者可能有资格获得医疗救助，我将允许保险部门将本申请表上的任何和所有信息提供给公众服务部。
- 如果任何申请者可能有资格获得联邦福利和/或想要寻找私人医疗保险选项，我将允许宾夕法尼亚州公众服务部和宾夕法尼亚州保险部门将本申请表上的任何和所有信息提供给医疗保险市场。
- 我授权为了简化确定资格和CHIP、医疗援助及医疗保险市场项目审查之目的而进行的个人、财务和医疗信息的发布。
- 本人证明，本人申请的个人是美国公民或具有合法移民身份的外国人。

X

 申请者或为申请者提起申请之人的签名

 日期

如果您是授权代表，您可以在这里签名，前提是所需信息已在授权代表部分提供。

授权代表

您可以给一个受您信任的人许可，以允许其与我们商谈本申请、查看您的信息并代表您参与与本申请相关的事项，包括获取有关您申请的信息以及代表您签署本申请表。此人被称为“授权代表”。如果您需要更改您的授权代表，请联系当地的郡援助办公室。

如果您是申请人的合法指定代表人，您可以提交代替以下申请人进行签名的证明。在这种情况下，请将证明与申请表一起提交。

您想指定某人为您的授权代表吗？ 是 否

授权代表姓名：

电话号码：
 ()

电话类型：(√)：
 家庭 单位 手机

家庭住址（包括街道、门牌号、城市、州、郡和邮政编码+4）：

授权代表的身份：

- 护理人 法定监护人 主要联系人 遗嘱执行人
 支持团队成员 代表 委托书

通过签字确认，您可以允许此人在您的申请表上签署，以获取有关该申请的官方信息，以及代表您参与该机构的所有未来事项。

 申请人签名

 日期

请务必在本申请表签名和签署日期并附上所需文件。

您的权利和责任

医疗救助

- 我明白，宾夕法尼亚州从收入资格验证系统 (IEVS)、金融机构、消费者报告以及州和联邦机构处获取信息以核实我提供给他们的资料。当州机构发现矛盾之处且该资料可能会影响我家庭的资格和福利水平时，会向IEVS和其他实体请求提供信息，并使用这些信息，且可能通过侧面联系以进行核实。
- 我明白，通过签署本申请表，我授权任何金融机构，当需要确定和重新确定医疗救助资格时，为识别和验证资产之目的，通过电子方式或任何其他手段，将该机构所持有的任何和所有财务信息，披露给公众服务部或其指定的代理机构或承包商。我明白，金融信息包括存款、取款、账户关闭和其他金融机构要求或收到的相关信息，包括金融机构就账户或资产所进行的其它交易。我明白，该授权将持续有效，直至医疗救助资格被拒绝或结束，或我决定以书面形式向该部门发出撤销通知时，以先发生的为准。我明白，如果我撤销这项授权，这可能使我或我的家庭失去获得医疗救助的资格。
- 我明白，如果我歪曲、隐瞒或拒绝给予可能影响我福利资格的事实，我可能会被要求偿还我的福利，我可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 我明白，我可以通过填写授权代表部分并将其与申请表一起提交来指定一名授权代表。
- 我理解并同意，我对本申请表中的任何虚假陈述负责，即便申请表是由代表我的人提交的。
- 我明白，填写于本申请表中的信息将被保密，且只能用于发放福利。我授权为确定资格而进行的个人、财务和医疗信息的发布。
- 我明白，我被要求报告的任何变更必须于变更发生的次月前10天内进行报告。
- 我明白，我会收到一份书面通知来说明这些福利。如果福利被拒绝、改变、中止或终止，书面通知将说明原因。
- 我明白，如果我不同意针对该申请的决定，从通知之日起30日内，我可以请求听证。
- 我明白，我的情况需要得到雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 我明白，申请者必须提供其社会安全号码，如果没有的话，则必须申请一个。该号码可能会被用来核对该申请表中的信息。
- 我明白，只有在我具备资格的期间，我才必须使用电子福利转移 (EBT) 或PA ACCESS卡。我必须仅为具备资格的人使用EBT或PA ACCESS卡，我可能只会得到合理所需的福利。
- 我明白，我不需要针对未申请医疗保健的人提供社会安全号码。如果我确实提供了社会安全号码，那么它可以用来核对该申请表上的信息。
- 我保证，填写的所有信息都是真实的，如有不符，我愿受伪证罪处罚。
- 我明白，我有权获得一份可抵扣保险覆盖证明来核实我的医疗保险。医疗保险在何时可能会因已有疾病而被拒绝或限制，将受到联邦法律的约束。如果我参加了将我的已有疾病排除在治疗范围之外的团体医疗计划，那么在我接受医疗救助保险之时，我可以获得抵扣。

- 本人明白，如果本人被确定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福利计划。本人明白，本人可能须参加一项健康计划。本人明白，参加健康计划对本人来说是免费的或只需支付很少费用，因为该部门将为本人支付每月的健康计划费用。本人明白，该每月费用为人头费。本人明白，如本人领取了本无资格获取的医疗援助（因错误、欺诈或任何其它原因而导致资格丧失），则本人需要向该部门偿还此前为本人支付的所有月度费用。
- 我明白，即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得医疗救助，他们也可能有资格获得CHIP。在这种情况下，我授权公众服务部将我的名字和信息提供给保险部门或CHIP承包商。我了解我在CHIP下的权利和责任。
- 我明白，即便一些或所有提出申请的个人没有资格通过该部门获得医疗服务，他们也可能会有资格获得联邦福利，以及/或通过医疗保险市场 (Health Insurance Marketplace) 去寻找私人医疗保险选项。在这种情况下，我授权该部门将我的名字和信息提供给该市场。我了解我在医疗保险市场下的权利和责任。

CHIP

您对以下事项拥有权利：

- 保密性——本申请表中的所有信息将会被保密。本申请表将只会与您申请和/或可能符合条件的政府项目共享，如医疗救助和医疗保险市场的保费援助。
- 指定个人代表——您可以通过填写个人代表指定表以选择另一个人来接收有关您或您未成年子女的健康相关信息。
- 可抵扣保险覆盖证明——当您退出该项目时，如果您符合条件，您将获得一份可抵扣保险覆盖证明来核实医疗保险。
- 书面通知——您将得到一份用以说明您资格的书面通知。
- 上诉——如果您不同意有关本申请的任何决定，您可以在决定作出之日起30日内要求进行公正复审。

您的权利和责任 (续)

您对以下事项具有责任:

- 阅读并充分理解本申请表。
- 提供真实、正确、完整的信息,了解故意提供虚假信息的处罚:这是一种严重的违法行为,被视为刑事保险诈骗。
- 协助审查本申请表,包括面谈和审核医疗记录。
- 应意识到,某些信息可能会接受雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 如果身份和美国公民身份等信息不是通过本申请程序获得的,需提供其证明。
- 如果您为之提出申请的人不是美国公民,需通过提交美国公民和移民服务局的文件来证明合法移民身份。
- 及时报告有关家庭的所有变化,包括收入、地址和电话号码。

我明白:

- 即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得CHIP,他们也可能有资格获得医疗援助。在这种情况下,我授权保险部门将本申请中的任何和所有信息提供给公众服务部。我了解我在医疗救助下的权利和责任。
- 即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得CHIP,他们也可能有资格获得联邦福利,以及/或通过医疗保险市场去寻找私人医疗保险选项。在这种情况下,我授权该部门将本申请中的任何和所有信息提供给市场。我了解我在医疗保险市场下的权利和责任。
- 如果确定我的孩子有资格从公立机构获取州雇员医疗福利,并且该机构将支付一小部分的福利或保费,那么我的孩子就没有资格获取CHIP。在这种情况下,并且我的孩子已经收到CHIP的福利,那么我孩子的CHIP福利可能会被追回并被终止。

医疗保险市场:

- 我保证,填写的所有信息都是真实的,如有不符,我愿受伪证罪处罚。我明白,如果我故意提供虚假和/或不真实的信息,我可能会受到联邦法律的处罚。
- 我知道,如果任何事项改变了(且不同于)我写于本申请表上的信息,我必须告诉医疗保险市场。我可以访问www.HealthCare.gov或拨打1-800-318-2596来报告任何变化。我明白,发生于我信息之上的变化可能会影响我家庭成员的资格。
- 我明白,根据联邦法律,基于种族、肤色、国籍、性别、年龄、性取向、性别认同或残疾的歧视是不被允许的。我可以通过访问www.hhs.gov/ocr/office/file来提交对歧视的申诉。

- 我确认,对本申请表上的医疗保险提出申请的人没有被监禁(拘留或限制人身自由)。

如果并非如此,则被监禁的人是 _____。
(被监禁者的姓名)

- **未来几年保障的续期:**为了简化我的资格审查以便帮助在未来几年内进行健康保险支付,我同意,允许市场使用我的收入数据,包括来自纳税申报单的信息。市场会发给我一个通知,让我做任何修改,并且我可以随时退出。

是的,在以下年数中自动延续我的资格:

(勾选其中之一)

- 5年(允许的最大年数)
- 4年
- 3年
- 2年
- 1年
- 不要来自我纳税申报单上的信息来续约我的保险。