

Medicare 节省计划申请表

Application for Medicare Savings Programs

在填写此申请表之前，请先阅读以下内容。

Medicare 节省计划(MSP)可以协助您支付 Medicare B 部分计划的保险费，具体取决于您的收入和经济来源情况。对于某些人，MSP 计划可协助支付 Medicare 的保险费以及 Medicare 不予支付的 Medicare 其它费用。此类费用包括 Medicare 的自付额、共同承担之保险费和共付额。

您需要回答所有问题，以便我们了解是否可以为您提供协助。如果您在填写此表格中的任何内容时需要协助，请致电您当地的社区服务处。

请工整填写。

1. 名	中间名缩写	姓			
2. 住址	城市	州	邮政编码		
3. 邮寄地址（若与住址不同，则需填写）	城市	州	邮政编码		
4. 电话号码 主要电话号码：_____其它：_____					
5. 您在英语的说、读或写方面是否有困难？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否需要一位口译人员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是如此，我们将提供一位口译人员。您讲哪种语言？ _____					
基本信息					
请列出您本人以及与您居在一起的所有其他人。请使用法定姓名。					
姓名 (名字、中间名缩写、姓氏)	与您的关系	出生日期	是否申请福利? 是 否	社会安全号码	性别 男性或女性
	您本人				
	配偶				
医疗保险情况					
请勾选适用选项				Medicare 成员号码	
有资格享受或者目前获得： Medicare A 部分计划福利本人				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
配偶				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
其他人				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
请勾选适用选项				Medicare 成员号码	
有资格享受或者目前获得： Medicare B 部分计划福利本人				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
配偶				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
其他人				是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

我/我们还有其它医疗保险福利。 是 否

若是如此，请问是何保险计划而且承保哪些人？

于最近 3 个月内，您是否曾支付 Medicare A 部分或 B 部分计划的 Medicare 保费？ 是 否

若是如此，请讲明是哪几个月 _____

收入

对于您在此申请表格中列出的每一位有收入者，请在下面列明其收入情况。请列出各项扣款（例如扣税或保险费扣减等）之前的收入额。收入包括但不限于：

- 工资
- 自雇业收入
- 佣金
- 食宿/租金
- 铁路工人福利金
- 社会安全保险福利
- 退伍军人福利金
- 供养费福利
- 失业补助金或劳工补偿金
- SSU/公共补助金
- 养老金/退休金
- 股息和利息
- 其他

姓名	雇主或收入来源	各项扣款前的金额	此类收入每隔多久可得到一次？

资产

A. 请列出全部资产。资产包括银行账户、存款单、储蓄债券、个人退休账户(IRA)、股票和债券、共同基金、现金，以及其它财产（不包括您的住宅或汽车）。

若是如此，请在下面列明：

拥有者的姓名	相关资产的类别/账户号码	目前价值

B. 您或您的配偶是否拥有或者目前正在购置汽车或其它车辆（卡车、船只、房车、摩托车、露营车和（或）其它车辆）？ 是 否

若是如此，请在下面列明：

拥有者的姓名	车辆	年份	厂商/型号	车辆是否用作赴医疗门诊时的往返交通工具？	价值	欠款金额
				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"/>		

<p>C. 您或您的配偶是否有终身人寿保险单，而且其现金价值超过\$1,500？还请您列出所有的丧葬保险或丧葬计划。</p>	<p>是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>
---	--

若是如此，请在下面列明：

保单拥有人	保险公司的名称/保单号码	面值	现金价值	哪些人受承保？

授权代表的相关信息

授权代表系指了解此家庭环境并经此家庭授权可代表此家庭出于资格目的而行使的任何成年人。

指定代表并授予其权利则表示您允许您的授权代表：

- 代您签署申请表格；
- 接获相关您申请及账户的通知函；并且
- 代表您就相关您申请及账户的所有事宜采取行动。

1. 您是否正在指定授权代表？ 是 否
2. 您是否愿意让您的授权代表接获相关您申请及账户的通知函？ 是 否
3. 此授权代表是否具有合法监护权？ 是 否 若选择是，请问是谁： _____
4. 此授权代表是否具有授权委托书？ 是 否 若选择是，请问是谁： _____

该位授权代表之姓名/组织名称

电话号码

授权代表的邮寄地址

电子邮件地址

选民登记

该署提供 1993 年《全国选民登记法》规定的选民登记服务，包括自动选民登记。

申请或谢绝参加投票登记，都不会影响本机构将为您提供服务或者福利金额。您在填写选民登记表格时若需要帮助，我们可协助您。是否寻求或接受帮助完全由您自行决定。您可以私下填写选民登记表。如果您认为有人干涉您行使或不行使选民登记的权利，并干涉您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或者干涉您选择政党或其它政治倾向的权利，您可向以下机构提出投诉：

Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

您是否想登记投票或更新您的选民登记？ 是 否

如果您不勾选任何核选框，我们将认为您已决定目前不办理选民登记手续，除非您有资格且不拒绝自动选民登记。

除非您勾选上方的“否”，否则您可能有资格进行自动选民登记。如果您将在下次选举前达到至少18岁，您是美国公民，DSHS有您的姓名、住址和邮寄地址、出生日期、公民身份验证信息，且您签名证明在此申请表上所提供信息的真实性，则您有资格进行自动选民登记。

您是否希望被自动登记选举？ 是 否

如果您勾选标有“是”的方框，或者不勾选任何方框，且您符合自动选民登记资格要求，则DSHS会将您的信息发送给国务卿办公室，从而您将被自动登记选举。

授权

本人明白，本人提供用于申请补助的信息将由联邦和州官员进行核实并确定它们是否正确。本人授权华盛顿州医疗保健计划管理部(HCA)和社会福利服务部(DSHS)开展资产核实来确立本人资格并确认本人财务信息的准确性。本人明白，HCA和DSHS可能会在资产核实过程中调查和联络任何金融机构、州或联邦机构，或私有数据库。本人明白，当对本人的申请做出最终不利决定时，或者如果本人随时通过向HCA或DSHS提供书面通知来撤销此授权，此授权即终止。如果本人撤销授权或拒绝提供授权，本人明白，本人将没有资格参加任何Washington Apple Health老年人、盲人或残障人士Medicaid计划。

请仔细阅读，然后签名

本人明白：

- 若我的状况发生任何变化，我必须立即以书面或电话方式向有关机构或该机构的指定人员报告。延迟报告会造成福利计算错误。
- 有关机构或其它的州或联邦机构可对我的状况进行核实。
- 为了获得帮助，我必须依照要求提交证明文件。有关机构或该机构的指定人员可协助我获取所需要的证明文件，或者为获得此类证明文件而与其他人员或机构联系。
- 在申请并获得医疗保健福利时，本人便把我对医疗费用支付义务付款以及任何第三方的医疗保健服务付款之一切权利都交给华盛顿州政府。

声明与签名

本人已经阅读并理解此申请表格中的内容。本人特此声明，据我所知，我在此申请表格中所提供的情况属实、正确且完整。若有不实之词，愿受伪证罪处罚。

申请人签名	日期
配偶签名	日期
申请人的协助者签名	组织机构 日期

自愿填写之内容

我们请您自愿告知我们您的种族或族裔背景。在考虑您是否有资格享受福利时，不会以此项情况为依据。

- 白人
 西班牙裔
 黑人
 美国本土印地安人/阿拉斯加本土居民
 越南人/寮国人/柬埔寨人
 部落： _____
 其他亚裔或太平洋群岛居民
 其他： _____

请在此申请表格上签名并注明日期，然后交还给您当地的社区服务处，或者邮寄至：

DSHS
 CSD Customer Service Center
 PO Box 11699
 Tacoma, WA 98411-6699

HCA 和 DSHS 遵守所有适用的联邦和华盛顿州民权法律，并努力提供平等的机会来获得我们的服务。若需要便利服务或需要其它格式或语言的文档，请致电 1-877-501-2233。