

申请人 请以正楷清晰书写，不要在深色阴影区域填写。

名字、中间名缩写、姓氏			住宅电话		
家庭住址 街道	公寓编号	城市	州	邮政编码	县

此处是否是庇护所？ ☐ 是 ☐ 否

邮寄地址 街道/邮 箱（如果与上述地址不同）	公寓编号	城市	州	邮政编码	县
------------------------	------	----	---	------	---

姓名 首先列出您的名字。包括别名和曾用名。如有必要，请添加附页以列出所有子女。

名字、中间名缩写、姓氏	出生日期 (月月/日日/年年)	性别	社会安全号码	种族/人种 (见下方代码)
本人				
配偶				
孩子*				
孩子*				

**如果年龄小于 18 岁*
种族/人种属性代码： **B**：黑人，非西班牙裔 **W**：白人，非西班牙裔 **H**：西班牙裔 **A**：亚洲人或太平洋岛民 **I**：美国印第安人或阿拉斯加原住民 **U**：未知 **O**：其他

公民身份信息

您是否为美国公民？ ☐ 是 ☐ 否
如果否，您是否有符合要求的移民身份？ ☐ 是 ☐ 否 包括外籍人士号码、身份日期和入境日期（如果适用）。

外籍人士号码	身份日期 (DOS)	入境日期 (DEC)
--------	------------	------------

您的配偶是否为美国公民？ ☐ 是 ☐ 否
如果否，您的配偶是否有符合要求的移民身份？ ☐ 是 ☐ 否 包括外籍人士号码、身份日期和入境日期（如果适用）。

外籍人士号码	身份日期 (DOS)	入境日期 (DEC)
--------	------------	------------

Medicare 信息

申请人的 Medicare 号码（来自红色和蓝色 Medicare 卡）			
您是否拥有 Medicare A 部分？ ☐ 是 ☐ 否	生效日期	您是否拥有 Medicare B 部分？ ☐ 是 ☐ 否	生效日期
配偶的 Medicare 号码（来自红色和蓝色 Medicare 卡）			
您的配偶是否拥有 Medicare A 部分？ ☐ 是 ☐ 否	生效日期	您的配偶是否拥有 Medicare B 部分？ ☐ 是 ☐ 否	生效日期

您是否愿意我们考虑提供 Medicare 保费的追溯性补偿？ ☐ 是 ☐ 否
您或您的配偶是否支付 Medicare 以外的任何健康保险保费？ ☐ 是 ☐ 否

何人？	每月金额 美元
-----	------------

您或您的配偶是否支付子女抚养费/配偶赡养费？ ☐ 是 ☐ 否

何人？	每月金额 美元
-----	------------

您或您的配偶是否收到信托基金付款或者是信托基金的指定受益人？ ☐ 是 ☐ 否

何人？	价值 美元
-----	----------

收入 请在下面列出所有可用收入，例如：薪资、工资、养老金、社会安全金、遣散费、租金或者商业收入等如有必要，请添加附页以列出所有收入来源。

申请人、配偶或 18 岁以下子女的姓名	何人提供资金？ (姓名/收入来源)	金额多少？	多长时间收到一次？ (每周、每两周、每月、其他)

您是否希望收到以下语言的通知： ☐ 仅英语 ☐ 西班牙语和英语

同意书

本人明白，签署此申请/证明表格，即表明本人同意接受由社会服务局开展的任何调查，以便验证或确认本人所提供的信息，或者接受由他们开展的与申请 Medicaid 有关的任何其他调查。如果要求提供其他信息，本人将及时提供。

签名

申请人/代表签名		日期	
配偶签名		日期	
代表住址			
城市		州	邮政编码
电话号码		关系	

说明

填写申请

请务必回答所有问题。 如果您已婚并与配偶生活在一起，必须完成申请表上的“本人”和“配偶”问题（即使配偶没有申请 MSP）。

在申请表上签名并注明日期

如果配偶二人申请，则两人必须在 MSP 申请上签名。

包括以下验证文件

请检查此列表并提交您需要提供的文件，以便 Medicaid 计划确定您是否有资格享受 MSP。如果您要申请 Medicare 保费的追溯性补偿，您必须寄送前三个月的收入证明。如果配偶正在申请，则配偶也必须提供相关文件。

- 您 **Medicare** 卡正面和背面的副本。
- **收入证明**：工资单、雇主出具的信函、所得税申报表、任何非劳动所得福利（例如社会安全金、失业金、退伍军人福利）的补助批准函或者承租人、寄宿生或租户出具的信函。
- **您支付的 Medicare 以外的健康保险保费**：雇主出具的信函、保费账单或工资单。
- **出生日期证明**：州驾驶执照、美国出生证明、永久居留卡（“绿卡”）或纽约州福利身份识别卡。
- **居住证明**：房东出具的包含您的家庭住址的租约/信函/租金收据、驾驶执照（如果在过去 6 个月内颁发）、公用事业账单（燃气、电力、电话、有线电视、燃料或水）、包含地址的政府身份证、房产税记录或抵押贷款文件、带有邮戳的信封或明信片（如果已寄送到邮箱，则不能使用）。
- 如果您不是美国公民，则必须提供证明您当前移民身份的文件。

将申请和所需的文件邮寄至当地社会服务局 (local Department of Social Services, LDSS) 或人力资源管理局 (Human Resource Administration, HRA)。查找您所在县的地址：http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

条款、权利与义务

填写并签署本申请表，即表示本人要申请 Medicare 节省计划。**MEDICARE 节省计划是一项 MEDICAID 福利。**

惩罚

本人理解我的申请可能会被调查，并且本人同意配合进行此类调查。联邦和州法律规定，如果您在申请 Medicaid 福利时或者在质疑您的资格的任何时候没有告诉真相，或者导致其他人没有告诉有关您的申请或持续资格的真相，则会受到罚款、监禁或二者兼有的惩罚。

变更

我同意，在本申请表上的信息发生任何变更时，第一时间向有关部门报告。

社会安全号码 (SSN)

如果您申请 Medicare 节省计划，除非您是孕妇，否则必须报告您的 SSN。作出这项要求的法律有：18NYCRR 第 351.2、360-1.2 和 360-3.2(j)(3) 节；42USC 1320b-7。SSN 号码有很多用途，例如用于当地社会服务地区内以及当地社会服务地区与联邦政府、州政府和地方机构之间的事务，其使用地点可能在纽约州，也可能在其他司法辖区。使用 SSN 的示例如下：核实身份、确定并验证劳动所得和非劳动所得、了解未同住的家长是否能为申请人投保医疗保险、了解申请人是否能获取子女抚养费，以及了解申请人是否能获取资金或其他帮助。

公民身份和移民身份证明

本人证明，在申请表上签署我的姓名，即表明本人和/或本人为其签名的任何人是美国公民或拥有美国国籍或者具有符合要求的移民身份，如有虚假愿受伪证罪处罚。本人理解，有关本人的信息将会被提交至美国公民与移民服务局 (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS)，以便在适用时验证我的移民身份。本人进一步理解，使用或披露有关本人的信息仅限于与验证移民身份以及管理和执行 Medicaid 计划的规定直接相关的人员和组织。

非歧视通知

本申请将不受种族、肤色、性别、残障、宗教信仰、国籍或政治信仰的影响。

证明

在签署本申请时，本人保证并确认我向或者将向社会服务局提供的、作为 Medicaid 基础的信息正确无误。本人还赋予社会服务局本人拥有的、从法定资助人寻求资助以及寻求其他第三方资源的任何权利。本人理解，Medicaid 可就代为支付的费用向我获取医疗服务期间的法定资助人寻求补偿。

如果在阅读和填写本表格之后，您决定不再申请 Medicare 节省计划，请在下面签署您的姓名：

本人同意撤回我的申请：

申请人签名	日期
-------	----

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information				Date	Employed By			
Date Eligibility Determined By Worker					Date Eligibility Approved By			
Central/Office	Application Date	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case No.		Reuse Ind.	
Case Name		District		Registry No.		Ver.		
Effective Date				Reason Code		Proxy		
MA Disp. Denial Withdrawal						☐ Yes ☐ No		