

请以正楷清晰书写，不要在深色阴影区域填写

申请人 _____ 住宅电话 (____) _____
名字 中间名缩写 姓氏

家庭住址 _____
街道 公寓 城市 州 邮政编码 县
此处是否是庇护所? 是 否

邮寄地址 _____
(如果与上述地址不同) 街道/邮箱 公寓 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)

名字	中间名	姓氏	出生日期	性别	社会安全号码	种族/人种代码 (可选)
本人						
配偶						
孩子*						

*如果年龄小于 18 岁如有必要，请在附页列出其他子女。

种族/人种属性代码: A-亚洲人 B-黑人或非裔美国人 H-西班牙人或拉美人 I-美国原住民或阿拉斯加原住民
(可以多选。) W-白人 P-夏威夷原住民或其他太平洋岛民 U-未知

申请人的 Medicare 信息

Medicare 号码 _____ 您是否拥有 Medicare A 部分? 是 否 生效日期 _____
(来自红色和蓝色 Medicare 卡) 您是否拥有 Medicare B 部分? 是 否 生效日期 _____

配偶的 Medicare 信息 如果申请

Medicare 号码 _____ 您的配偶是否拥有 Medicare A 部分? 是 否 生效日期 _____
(来自红色和蓝色 Medicare 卡) 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 _____

您是否想申请全额 Medicaid 福利? 是 否

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列出在缴纳任何税金或其他扣款之前的收入金额。

申请人、配偶或 18 岁以下非残疾孩子的姓名 (如有必要，请添加附页)	何人提供资金? (姓名/收入来源)	金额多少?	多长时间一次? (每周、两周、每月)

您是否希望收到以下语言的通知 仅英语 西班牙语和英语

通过签署本申请表，即表示本人明白 Medicare 节省计划的所有申请人如符合条件，将被纳入相应的计划当中。我已经通读并了解下一页上的“条款、权利与义务”一节的内容。本人证明，据我所知，本申请表的所有信息均属实，否则愿受伪证的处罚。

申请人或代表签名 _____ 日期 _____

配偶签名 _____ 日期 _____

代表地址、电话号码和关系

文件

您必须寄送收入证明和您支付的任何健康保险保费的证明。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其他福利。如果您申请 Medicare 保费的追溯性补偿，您必须在本表格右上角中所列的“申请日期”之前寄送三个月的收入证明。

- **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。

为避免处理延误，请记住在本申请表上面所示的空白处签名并注明日期。

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。如果您隐瞒或未披露有关您的 Medicaid 初始和持续资格的事实，或者如果您隐瞒或未披露会影响您为某人申请获取或继续收到 Medicaid 福利的权利的事实，则同样受到惩罚；而且此类福利必须由另一人而非您本人使用。

变更

本人同意将尽我所知或认为的需求、收入、财产、住宿安排或地址的任何变更立即告知有关部门。

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得子女抚养费，以及了解申请人是否能获得资金或其他帮助。

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具有符合要求的移民身份，如有不实依法甘受诈骗罪之罚。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、从法定资助方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方寻求补偿。

同意书

本人明白，签署此申请/证明表格，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。

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，请在下面的横线上签署您的姓名：

本人同意撤回我的申请 _____ 日期 _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information			Date	Employed by		
Eligibility Determined by Worker (Date):				Eligibility Approved by (Date):		
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	
<input type="checkbox"/> MA Disp. <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/> Withdrawal				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		