

说明

1. 请用正楷清晰书写。请勿在阴影区域书写。
2. 完整、准确地填写表格。
3. 在背面签署表格。
4. 将此重新认证表寄回至列出的地址。

当地行政区划名称和地址

--

重新认证表反映

- 无变更信息
- 变更信息
- 需要补充的文件

中心/办公室	单位 ID	工作人员 ID	个案类型	个案编号	行政区划
[][][]	[][][][][]	[][][][][][]	2 0	[][][][][][][][][][]	
个案名称	受访者姓名			类别	

MA 合格日期					
从			到		
月	日	年	月	日	年

被照顾者信息

名字	中间名首字母缩写	姓氏	出生日期		
			月	日	年

性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> X 性别	性别认同 (可选) * (见下方代码)
--	----------------------------

*性别认同：性别认同指的是您如何看待自己，以及您如何称呼自己。您的性别认同可能与您出生时的性别相同或不同。
 性别认同代码：M - 男性，F - 女性，N - 非二元或非常规性别，X - X 性别，T - 跨性别者，D - 其他认同：请在空白处说明您的性别认同。

社会安全号码	请列出被照顾者曾经使用的其他姓名	ONC
---------------	------------------	-----

被照顾者所在机构的名称和地址

被照顾者的配偶信息

配偶名字	中间名首字母缩写	配偶姓氏	出生日期		
			月	日	年

配偶已故 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	配偶是否申请/重新认证/接收? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	配偶的社会安全号码
--	---	------------------

配偶地址	配偶电话号码 ()
-------------	----------------------

列出您的配偶曾经使用的其他姓名	ONC
-----------------	-----

列出与您的配偶同住的任何受抚养家庭成员	家庭成员的社会安全号码	家庭成员出生日期
		月 日 年

该家庭成员与您或您的配偶是什么关系?

表格填写人员的姓名和地址 (如果不是被照顾者或被照顾者的配偶)	填写人员的电话号码 ()
--	-------------------------

资源

请列出被照顾者可能拥有的任何资源：

	是	否	价值 (美元)	账号		地点
个人零用金账户 (Personal Incidental Account, PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
储蓄账户 (银行、信用合作社的支票/ 储蓄/存款单)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
预期诉讼和解金、继承	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
信托基金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
人寿保险	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
股票、债券、储蓄债券	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
房地产 (包括度假屋和宅地)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
可产生收入的房产	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
不产生收入的房产	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
自有住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
共同基金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
IRA、KEOGH、401-K、递延报酬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
其他养老金或退休账户	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
丧葬基金、丧葬信托、墓地 (墓址)、 丧葬协议	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
其他资源 (请具体说明)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
机动车辆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		年份	制造商	型号

过去 60 个月中，您或您的配偶是否将任何现金、收入、房地产或其他资产出售、赠与或转让他人？

是	否	资产	价值 (美元)	出售、赠与或转让对象？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

请勿在阴影区域填写。

请勿在阴影区域填写。

收入									
请列出被照顾者、被照顾者的配偶或受抚养家庭成员可能有的任何收入：	被照顾者收入			配偶收入			家庭成员收入		
	是	否	金额 (美元)	是	否	金额 (美元)	是	否	金额 (美元)
社安金/铁路职工退休金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
养老金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
退伍军人养老金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRA、KEOGH、401-K、递延报酬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
赡养费/配偶付款	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
抵押贷款/租金收入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
银行账户、共同基金、股票、信用社的利息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
股票、债券、共同基金的股息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
其他收入，例如残疾福利、SSI、就业等（请具体说明）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
您是否预期从信托、诉讼和解、继承等获得收入？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

医疗保险	
您是否有 Medicare (红卡、白卡和蓝卡) ?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分
您的配偶或受抚养家庭成员是否有 Medicare?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分
您、您的配偶或受抚养家庭成员是否在任何医疗保险计划的承保范围内, 例如雇主、工会、退休制度提供的计划; 赡养令、私人保险计划或退伍军人管理局 (VA) 的承保范围?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
受保人姓名	
保费支付者	
保险公司名称	
保单号码	
保单承保哪些人?	
保单生效日期	
保费金额以及支付频率?	

住房开支			
您的配偶有住房开支吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果选择“是”, 请填写以下所要求的信息。			
每月租金金额	每月按揭贷款金额	每月税费金额	每月取暖费
\$	\$	\$	\$

仅限申请人的种族/民族归属	
(可自愿填写。然而, 如果没有填写, 访谈员可能需要通过观察来记录。收集这些信息只是为了确保每个人都能公平地获得援助/护理。此信息不会影响您的资格。) 本人是: (请勾选一项)	
种族/人种代码: <input type="checkbox"/> B - 黑人或非裔美国人 <input type="checkbox"/> W - 白人 <input type="checkbox"/> H - 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> * A - 亚裔或太平洋岛民	
<input type="checkbox"/> I - 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> * P - 夏威夷原住民或其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> U - 未知 <input type="checkbox"/> O - 其他。 <input type="text"/>	

*如果您选择 A - 亚裔或 P - 夏威夷原住民或太平洋岛民, 请参阅以下有关其他 AAPI 的信息。
 †其他亚裔美国人/太平洋岛民 (可选) -请说明您的AAPI亚群体。这一群体下的亚群体包括但不限于: 中国人、日本人、菲律宾人、韩国人、越南人、柬埔寨人、印度尼西亚人、巴基斯坦人、斯里兰卡人、台湾人、夏威夷原住民、萨摩亚人、汤加人、关岛人或查莫罗人、马绍尔人、斐济人等。

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。

社会安全号码 - 申请 Medicaid (MA) 的个人必须披露任何申请 Medicaid 人士的社会安全号码，除非该个人是仅因治疗紧急医疗状况而寻求 MA 的无证外籍人士。根据 18NYCRR 第 351.2 条和 360-1.2 条以及 42 USC 1320b-7 的授权，此类披露对于 Medicaid 是强制性的。社会安全号码用于妥善证明 Medicaid 申请人和被照顾者的身份，并核实收入、资格和福利金额。我们还将使用您的社会安全号码与 IRS 的非劳动所得数据以及纽约州劳工署 (New York State Department of Labor) 的劳动收入数据进行匹配。

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 (Department of Social Services) 展开的任何调查，以便验证或确认本人提供的信息，或者接受由他们展开的与申请 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。

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

保险和其他福利的分配 – 对于医疗保险或事故保险福利或者本人有权享受的任何其他资金或福利，本人同意提出索赔申请，并特此将任何此类资源分配给处理本申请的社会服务局行政人员。此外，本人将协助向收到此申请的社会服务局行政人员进行任何必要的福利或资源分配。

直接支付 – 本人授权将向本人或本人家庭成员支付的医疗保险或事故保险福利，直接支付给适当的社会服务局行政人员，以获取在我们有资格获得 Medicaid 期间提供的医疗和其他健康服务。

Medicare – 本人授权根据“Medicare”（第 XVIII 条 B 部分，补充医疗保险计划）直接向医生和医疗供应商支付在本人有资格享受 Medicaid 期间向本人提供的医疗和其他健康服务的任何未来未付账单的款项。

惩罚 – 本人理解，本人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。

联邦和州法律规定，如果个人或其配偶在个人成为住院患者的月份的第一天之前的六十个月内，或在作为住院患者申请 Medicaid 的日期之后（如果晚于前者），以低于公平市场价格的价格转让任何资产，可能会使个人失去获得疗养机构服务的资格。

证明 – 在签署本申请时，本人保证并确认本人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，收到 Medicaid 后，本人的不动产将被留置并在某些情形下（如果本人入住医疗机构并且以后也不可能返回家中）进行清偿。本人理解，Medicaid 可就代为支付的费用向本人获取医疗服务期间的法定资助人寻求补偿。

被照顾者签名	签字日期	配偶签名	签字日期
代表签名	签字日期		
工作人员签名	签字日期	主管签名	签字日期