

リソース

受取人が所有している可能性のあるリソースをリストします。

	はい	いいえ	\$ 価値	口座番号		場所
個人付随口座 (PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
普通預金口座 (当座預金/普通預金/ 銀行、信用組合の預金証書)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
訴訟和解・相続見込み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
信託基金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
医療費/生命保険	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
株式、債券、貯蓄債券	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
不動産 (別荘および家と敷地を 含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
収益不動産	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
非収益不動産	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
自身の家	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
投資信託	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
IRA、KEOGH、401-K、繰延報酬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
その他の年金または退職金口座	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
埋葬基金、埋葬信託、埋葬スペース (墓地)、葬儀契約	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
その他のリソース (具体的に指定し てください)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
自動車	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		年	メーカー	モデル

あなたまたはあなたの配偶者は、過去 60 か月以内に現金、収入、不動産、その他の資産を売却、贈与、譲渡したことがありますか？

はい	いいえ	資産	\$ 価値	誰に送られましたか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

網掛けの部分には書き込まない
てください。

網掛けの部分には書き込まないでください。

収入 受領者、受領者の配偶者、または扶養家族が得られる可能性のある収入を列挙します。	受取人の収入			配偶者の収入			家族の収入		
	はい	いいえ	\$ 金額	はい	いいえ	\$ 金額	はい	いいえ	\$ 金額
社会保障/鉄道退職金	<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"/>	
退役軍人年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRA、KEOGH、401-K、繰延報酬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
慰謝料/配偶者扶養料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
住宅ローン・家賃収入	<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"/>	
銀行口座、投資信託、株式、クレジットユニットからの利息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
株式、債券、投資信託からの配当金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
障害給付金、SSI、雇用調整金などのその他の収入(具体的に記入してください)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
信託、訴訟和解、相続などから収入が得られる予定はありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

健康保険	
Medicare (赤、白、青のカード) をお持ちですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、 <input type="checkbox"/> パート A <input type="checkbox"/> パート B
あなたの配偶者または扶養家族は Medicare に加入していますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、 <input type="checkbox"/> パート A <input type="checkbox"/> パート B
あなた、あなたの配偶者、または扶養家族は、雇用主、労働組合、退職金制度が提供するプランなどの健康保険プランに加入していますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
扶養命令、民間保険プラン、または VA に基づく補償はありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
対象者の名前	
保険料の支払者	
保険会社名	
契約番号	
保険契約の対象者は誰ですか?	
保険契約の発効日	
保険料の金額と支払頻度は?	

住居費			
配偶者は住居費を支払っていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、以下の必要な情報を記入してください。			
月額家賃	毎月の住宅ローン金額	月額税額	毎月の光熱費請求書
\$	\$	\$	\$

人種/民族属性(申請者のみ)

(記入は任意です。ただし、記入されていない場合は、面接官が観察して記録しなければならない場合があります。この情報は、誰もが公平に支援/ケアを受けられるようにする目的のためにのみ収集されます。この情報は適格性に影響しません。) 私は: (1つだけチェックしてください)

人種/民族コード: B - 黒人またはアフリカ系アメリカ人 W - 白人 H - ヒスパニックまたはラテン系 *A - アジア人または太平洋諸島系住民 I - アメリカ先住民またはアラスカ先住民 *P - ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島系住民 U - 不明 O - その他。

*A- アジア人、P- ハワイ先住民または太平洋島民を選択した場合は、以下のその他の AAPI の情報を参照してください。
 †その他のアジア系アメリカ人/太平洋諸島系住民 (オプション) - AAPI サブグループを特定してください。このコミュニティ内のサブグループには以下が含まれますが、これらに限定されません。中国人、日本人、フィリピン人、韓国人、ベトナム人、カンボジア人、インドネシア人、パキスタン人、スリランカ人、台湾人、ハワイ先住民、サモア人、トンガ人、グアマニア人またはチャモロ人、マーシャル人、フィジー人、その他。

非差別に関する通知 – この申請は、人種、肌の色、性別、障害、宗教的信条、国家的信条、国籍、政治的信念に関係なく検討されます。

社会保障番号 – Medicaid (MA) の申請を行う人は、緊急の病状の治療のみを目的として MA のみを求める不法滞在外国人である場合を除き、Medicaid を申請する人の社会保障番号を開示するものとします。上記に記載の開示は、18NYCRR のセクション 351.2 および 360-1.2 ならびに 42 USC 1320b-7 の権限に基づき、Medicaid に対して義務付けられています。社会保障番号は、Medicaid の申請者と受給者を適切に識別し、収入、適格性、給付金額を確認するために使用されます。また、あなたの社会保障番号を使用して不労所得については、IRS の不労所得データ、および勤労所得データについてはニューヨーク州労働省と照合します。

同意 – 私は、この申請書/証明書フォームに署名することにより、私が提供した情報を検証または確認するために社会福祉省 (Department of Social Services) が行う調査、または私の Medicaid の申請に関連して社会福祉省が行うその他の調査に同意することを理解しています。追加情報が必要な場合は、提供します。

変更 – 私は、私のニーズ、収入、財産、生活環境、または住所に変更があった場合、私の知りえる範囲の中で速やかに代理店に通知することに同意します。

保険およびその他の特典の割り当て – 私は、健康保険、傷害保険の給付金、または私に権利のあるその他のリソースの請求を提出し、この申請が行われた社会福祉職員にそのようなリソースを割り当てるものとします。さらに、私は、この申請が行われた社会福祉職員への給付金やリソースの必要な割り当てを支援します。

直接支払い – 私は、私または私の家族への健康保険または傷害保険給付金の支払いが、Medicaid の資格がある間に提供される医療およびその他の保健サービスに対して適切な社会福祉職員に直接行われることを承認します。

Medicare – 私は、Medicaid の受給資格がある間に提供された医療およびその他の医療サービスに対する今後の未払い請求について、「Medicare」(タイトル XVIII パート B、補足医療保険プログラム)に基づいて医師および医療提供者に直接支払うことを承認します。

罰則 – 私の申請が調査される可能性があることを理解しており、かかる調査に協力することに同意します。連邦法および州法では、Medicaid 給付金を申請するとき、または資格について質問されたときに真実を言わない場合、または申請に関してまたは継続資格について、他の人に真実を言わせないようにした場合には、罰金、懲役、またはその両方の罰則が規定されています。Medicaid の初期または継続資格に関する事実を隠蔽または開示しなかった場合、または Medicaid 給付金の取得または継続受給を申請した人の権利に影響を与える事実を隠蔽または開示しなかった場合にも罰則が適用されます。そしてその恩恵は自分のためではなく、その他の人物のために使われなければなりません。

連邦法および州法は、個人またはその配偶者が、その個人が施設に入所した月の初日または申請日から直前の 60 か月以内に行われた資産の譲渡を公正市場価値未満で行うことを規定しています。施設入所者としての Medicaid の場合、後でその人が介護施設サービスを受ける資格を失う可能性があります。

認証 – この申請書に署名するにあたり、私は Medicaid の根拠として社会福祉省に提供した情報、または提供する予定の情報が正しいことを誓い、断言します。また、私は、私のサポートに対して法的責任を負う人物からのサポートを求めたり、その他の第三者のリソースを求めたりするために私が持つあらゆる権利を社会福祉省に譲渡します。私は、Medicaid の受領後、私が医療機関に入院しており帰宅の見込みがない場合、特定の状況下で先取特権が申請され、私の不動産に対して回収が行われる可能性があることを理解しています。私に代わって支払われた Medicaid は、医療サービスを受けた時点で私のサポートに対して法的責任を負っていた人物から回収される可能性があることを理解しています。

受取人の署名	署名日付	配偶者の署名	署名日付
代表者の署名	署名日付		
作業者の署名	署名日付	監督者の署名	署名日付