

Medicare 儲蓄計畫 (MSP) 申請說明

使用此申請書來查看您或您和您的配偶是否符合由州政府支付您的 Medicare 保費和/或分攤費用的資格。這並不是在申請例如長期服務與支持等其他福利。如果您想申請其他 Medicaid 承保或您需要協助以填寫此表格的任何部分，請聯絡您當地的 Medicaid 辦公室 - www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu

Medicare 儲蓄計畫 (MSP) 分為三種類型：

合格的 Medicare 受益人 (QMB)：州政府支付您的 Medicare A 部分和/或 B 部分保費以及分攤費用（免賠額、共同保險和共付額）。如果您有資格獲得 QMB，您將自動有資格獲得額外補助 (Extra Help) 來支付您的 Medicare D 部分藥物承保費用。

特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：州政府支付您的 Medicare B 部分保費，並且您自動有資格獲得額外補助來支付您的 Medicare D 部分藥物承保費用。

合格的個人 (QI)：州政府支付您的 Medicare B 部分保費，並且您自動有資格獲得額外補助來支付您的 Medicare D 部分藥物承保費用。

州政府將決定您是否符合資格（如果您的配偶也正在申請，則會同時決定您的配偶是否符合資格）。如果您獲准參加 MSP，您的 B 部分保費將不再從您的社會保障金、鐵路或公務員退休福利中扣除，並且您將自動註冊參加額外補助以支付您的 Medicare D 部分保費和承保處方藥的分攤費用。如果您沒有註冊以獲得額外補助福利，請聯絡您的 Medicaid 辦公室。

遺產追償不適用於您為支付 Medicare 保費或分攤費用而獲得的任何補助。這表示您無需償還透過 Medicare 儲蓄計畫所獲得的任何補助。

您申請時可能需要的文件

您可能需要提供文件副本以確認某些資訊，包括：

- 收入證明（如退休金、殘障福利或薪資存根）
- 資產證明（如銀行對帳單或人壽保險單）
- Medicare 證明
- 對於非公民，需提供合格移民身分證明（例如綠卡、護照或國土安全部提供的其他文件）
- 您居住地的證明（例如租金收據、水電費帳單或州政府核發的身分證）

如果您需要更多空間來書寫，請附加額外的頁面。

您可以提出申請的方式

- 在 _____ 填寫線上申請書
- 將此紙本申請書郵寄至 _____
- 將此申請書傳真至 _____
- 造訪位於 _____ 的[州政府機構]辦公室
- 致電位於 _____ 的[州政府機構]以尋求協助

保留一份申請書副本作為記錄。

接下來的程序是什麼？

您的 Medicaid 機構將審查您的申請。您應該會在 45 天內收到有關您的資格審查的回覆。如果您在 45 天內沒有收到回覆，請聯絡您的 Medicaid 機構。

取得 Medicare 儲蓄計畫相關問題的協助

如果您對於 Medicare 儲蓄計畫或您的 Medicare 福利有任何疑問，請聯絡您當地的州健康保險援助計畫 (SHIP)。透過致電 [877-839-2675](tel:877-839-2675) 或瀏覽www.shiphelp.org/ 以獲取他們的聯絡資訊。

Medicare 儲蓄計畫的申請

個人資訊

申請人 – 列出您在 Medicare 卡上所顯示的姓名

姓氏	名字	中間名
您的住處地址	城市	州 郵遞區號
郵寄地址 (如果不同)	城市	州 郵遞區號
主要電話：	備用電話 (選填)：	
電子郵件地址 (選填)	婚姻狀態： 未婚 (單身/離婚/喪偶) <input type="checkbox"/> 已婚，與配偶同住 <input type="checkbox"/> 已婚但與配偶分居 <input type="checkbox"/>	

公民身分：

您是否為美國公民？☐是 ☐否

如果不是，您是否具有合格的移民身分？☐是 (請填寫以下資訊) ☐否

外籍人士號碼、I-94 號碼或證件的 ID 號碼以及證件類型	授予身分的日期	您進入美國的日期	原籍國
--------------------------------	---------	----------	-----

您或您的配偶或父母是否為美國軍隊的退伍軍人或現役軍人？☐是 ☐否

您的配偶是否為美國公民 (如果您的配偶也正在申請 MSP)？☐是 ☐否

如果不是，他們是否具有合格的移民身分？☐是 (請填寫以下資訊) ☐否

外籍人士號碼、I-94 號碼或證件的 ID 號碼以及證件類型	授予身分的日期	您進入美國的日期	原籍國
--------------------------------	---------	----------	-----

家庭成員

包括住在同一戶的配偶。包括住在同一戶的親屬，他們仰賴您或您的配偶為其提供至少一半的經濟支援。如果您需要更多空間來書寫，請附上額外的頁面。

姓名 (姓氏、名字、中間名)	與您的關係	出生日期	正在申請 MSP 福利？	社會保障號碼 (如果正在申請 MSP)
	自己		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	配偶		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	其他 (請說明)		不適用	選填
	其他 (請說明)		不適用	選填

Medicare 承保資訊			
您有 Medicare 嗎？		承保類型	Medicare 號碼
自己	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	A 部分 <input type="checkbox"/>	
		B 部分 <input type="checkbox"/>	
配偶	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	A 部分 <input type="checkbox"/>	
		B 部分 <input type="checkbox"/>	

其他健康保險資訊 (例如僱主、Medigap、Tricare、VA 健康福利)			
保單持有人	保險公司	保險類型	保單號碼

收入

列出您或您的配偶所收到的任何收入。提供扣除稅額或保險費等任何扣除額之前的收入金額。

收入類型包括但不限於：

- | | | |
|---------------|---------|-----------|
| • 社會安全福利 | • 公共援助 | • 工作所得的薪資 |
| • 補充保障收入(SSI) | • 失業保險金 | • 佣金收入 |
| • 工傷賠償 | • 自僱 | • 鐵路福利 |
| • 退伍軍人福利 | • 股息和利息 | • 公務員退休福利 |
| • 贍養費付款 | • 租金收入 | |

誰獲得這筆收入？	收入類型 (例如僱主或社會保障)	多少金額？	您多久收到一次？(每週、每兩週、每月)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

資產

如果您或您的配偶擁有資產，請列出資產類型、誰擁有該資產以及該資產是個人擁有還是共同擁有。資產包括但不限於：

- 現金
- 支票帳戶
- 儲蓄帳戶
- 貨幣市場帳戶
- 共同基金
- 儲蓄債券
- 股票
- 定存單 (CD)
- 個人退休帳戶 (IRA)
- 喪葬基金
- 您擁有的房屋或土地
(不包括主要住所)

資產類型	所有人姓名	所有權	目前價值
		個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>	\$

您或您的配偶是否擁有任何車輛（汽車、卡車、船、移動式房車、摩托車、露營車和/或拖車）？
如果是，請在下面列出並註明哪一輛是您的主要車輛：

所有人姓名	所有權	車輛類型	年份	廠牌/型號	價值	尚欠金額
	個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	個人 <input type="checkbox"/> 聯名 <input type="checkbox"/>				\$	\$

您和/或您的配偶是否擁有合併面額超過 \$1,500 的終身壽險保單？如果是，請在下方列出：

被保險人	保險公司名稱/保單號碼	需要協助您查找保單的價值嗎？	面額	現金價值
		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	\$	\$
		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	\$	\$

簽名前請仔細閱讀

本人瞭解：

- 我必須立即向 Medicaid 機構報告我情況的任何變動。逾期報告可能會導致不正確的福利內容。
- 我的情況有待 Medicaid 機構或其他州政府或聯邦政府機構的確認。
- 如果我符合資格，Medicaid 機構得要求我出示證明。Medicaid 機構可幫助我取得證明或聯絡其他人或機構以獲取相關證明。
- 透過提交此申請，我授權州 Medicaid 機構得代表我聯絡我的人壽保險公司。
- 透過申請和獲得醫療護理福利，我將向任何醫療支援和任何第三方支付醫療護理費用的所有權利轉讓給州政府。
- 如果我被認定有資格參加 Medicare 儲蓄計畫，我將不會因獲得支付 Medicare 保費、免賠額或共同保險的幫助而受到遺產追償。

我們處理好您的申請後，您將透過電子郵件收到一份「資格通知」。如果您不同意您的資格認定，您可以要求上訴。請審閱您的「資格通知」，找到針對家中每位申請承保的個人的具體上訴說明，包括您有多少天的時間可以提出上訴。以下是提出上訴時需要考慮的重要資訊：

如果您願意，您可以讓某人代為提出或參與您的上訴。這個人可以是朋友、親屬、律師或其他個人。或者，您可以自行提出並參與您的上訴。

要提出上訴，請致電 1-800-XXX-XXXX（聽語障服務專線(TTY)：1-800-XXX-XXXX）。或者，可前往 [medicaid.state.gov] 取得上訴表格。或者，您可以自行寫信並將其郵寄或親自送至 State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100 給我們。

聲明和簽名

本人已閱讀並瞭解這項申請中的資訊。我聲明，在作偽證願受懲罰的前提下，已根據我所知，在本申請中提供了真實、正確且完整的資訊。

申請人/代表簽名：		日期：
配偶簽名（如適用）：		日期：
代表的姓名：	代表的電話：	與申請人的關係：
代表的郵寄地址：	代表的電子郵件地址：	

您有權以無障礙格式（例如大字版、盲文版或語音版）獲取您的資訊。如果您認為自己受到歧視，您也有權提出投訴。瀏覽 [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以瞭解更多資訊。聽語障服務專線(TTY)使用者可致電 1-877-486-2048。

選填：（提供此資訊不會影響資格。）

自己：勾選所有適用項目

如果是西班牙裔/拉丁裔

☐ 墨西哥人 ☐ 墨西哥裔美國人 ☐ 奇卡諾/奇卡娜人 ☐ 波多黎各人 ☐ 古巴人 ☐ 其他_____

種族

☐ 白人 ☐ 美洲印地安人或阿拉斯加原住民 ☐ 菲律賓人 ☐ 越南人 ☐ 關島人或查莫羅人
☐ 黑人或非裔美國人 ☐ 亞裔印度人 ☐ 日本人 ☐ 其他亞洲人 ☐ 薩摩亞人
☐ 中國人 ☐ 韓國人 ☐ 夏威夷原住民 ☐ 其他太平洋島民
☐ 其他_____

選擇一項回答。

出生時指定的性別（可以在您的出生證明上找到）

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 其他_____ ☐ 不確定 ☐ 不想回答

目前性別：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 跨性別女性 ☐ 跨性別男性 ☐ 不同的稱呼_____ ☐ 不確定 ☐ 不想回答

性取向：

☐ 雙性戀 ☐ 女同性戀或男同性戀 ☐ 異性戀（不是女同性戀或男同性戀）☐ 不同的稱呼_____

☐ 不確定 ☐ 不想回答

選填：（提供此資訊不會影響資格。）

配偶：勾選所有適用項目

如果是西班牙裔/拉丁裔

☐ 墨西哥人 ☐ 墨西哥裔美國人 ☐ 奇卡諾/奇卡娜人 ☐ 波多黎各人 ☐ 古巴人 ☐ 其他_____

種族

☐ 白人 ☐ 美洲印地安人或阿拉斯加原住民 ☐ 菲律賓人 ☐ 越南人 ☐ 關島人或查莫羅人
☐ 黑人或非裔美國人 ☐ 亞裔印度人 ☐ 日本人 ☐ 其他亞洲人 ☐ 薩摩亞人
☐ 中國人 ☐ 韓國人 ☐ 夏威夷原住民 ☐ 其他太平洋島民
☐ 其他_____

選擇一項回答。

出生時指定的性別（可以在您的出生證明上找到）

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 其他_____ ☐ 不確定 ☐ 不想回答

目前性別：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 跨性別女性 ☐ 跨性別男性 ☐ 不同的稱呼_____ ☐ 不確定 ☐ 不想回答

性取向：

☐ 雙性戀 ☐ 女同性戀或男同性戀 ☐ 異性戀（不是女同性戀或男同性戀）☐ 不同的稱呼_____

☐ 不確定 ☐ 不想回答