

## MEDICARE 月費援助 申請表

填寫此申請表之前請細讀下列資訊。您必須回答所有問題，我們才能知道是否能幫助您。如果您填寫此表時需要協助，請聯絡當地的 Medicaid 辦事處。

申請人					
姓氏	名字		中間名首字母縮寫		
住宅地址	城市	州	郵遞區號		
郵寄地址（若與住宅地址不同）	城市	州	郵遞區號		
電話號碼： 住宅： 手機： 其他：	翻譯服務： 您聽、說、讀、寫英文是否有困難？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>  如果您需要譯員，我們可以提供。請告訴我們您說什麼語言。				
婚姻狀況：  單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/>					
代表/贊助人					
姓氏	名字		中間名首字母縮寫		
住宅地址	城市	州	郵遞區號		
郵寄地址（若與住宅地址不同）	城市	州	郵遞區號		
與申請人的關係：	電話號碼： 住宅： 手機： 其他：				
家庭成員					
列出所有家庭成員。請使用法定姓名（與 Medicare 卡或出生證上的姓名一樣）					
姓名（姓氏、名字、 中間名首字母縮寫）	與您的關係	出生日期	在申請福利嗎？	社會安全號	性別 男或女
	自身		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	配偶		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	他人（請說明）		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		



Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- CHINESE

**財產**

此申請表上所列之人若有財產，請在下面列出。列出財產種類、財產擁有者姓名及是個人擁有還是與他人一起共有。財產包括但不限於：

- 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
- 定期存款 (CD)
- 個人退休帳戶 (IRA)
- 房地產 (不包括主要住宅)

財產種類	擁有者姓名	擁有權	目前價值
		個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>	\$
		個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>	\$

您或您的配偶是否擁有任何車輛 (汽車、卡車、船、汽車房屋、摩托車、野營車和/或活動房屋)？若是，請在下面列出。

擁有者姓名	擁有權	車輛種類	年份	汽車型號	價值	欠款金額
	個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	個人 <input type="checkbox"/> 共有 <input type="checkbox"/>				\$	\$

您或您的配偶是否有帶現金價值的終身壽險？若是，請在下面列出。

保單擁有者	保險公司名稱/保單號碼	受保人	面值	現金價值
			\$	\$
			\$	\$

## Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- CHINESE

### 簽名前請細讀

我明白

- 如果我的情況有任何變化，我必須馬上書面或電話通知 Medicaid 辦事處。延遲報告可能導致福利不正確。
- 我的情況須經 Medicaid 辦事處或其他州或聯邦機構核實。
- 我必須提供符合資格接受幫助的證明。Medicaid 辦事處可能幫助我獲得證明或聯絡他人或其他機構獲得證明。
- 我申請和接受醫療護理福利時，已將我對所有醫療支援和因醫療護理給任何第三方付款的所有權利轉讓給州政府。

### 聲明和簽名

我已閱讀並理解此申請表上所含的資訊。我在偽證刑法規定下宣誓，我在此申請表上提供的所有資訊據我所知都真實、正確、完整。

申請人簽名	日期	
配偶簽名（若適用）	日期	
幫助申請人之人簽名	組織	日期