

年長者和需要接受長期護理服務的人 醫療承保申請表



如何申請

請在申請表第1頁說明每一名家庭成員申請哪一項計劃。

將填妥和簽名的申請表郵寄或傳真至：



MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214
傳真：(617) 887-8799



訪問一個MassHealth登記中心(MEC)。

如需親自申請或約見MassHealth
服務代表，請查閱網站

www.mass.gov/masshealth/appointment。

為了盡快獲得您有權享受的任何福利，您可以將任何確認所有家庭收入和資產的證明文件送給我們。

您可以使用本申請表申請補充營養援助計劃(SNAP)。SNAP是一項幫助您每月購買食品的聯邦計劃。如果您感興趣，請勾選本申請表第1頁中的方框，閱讀第17-23頁的SNAP權利與責任，並在該欄中簽名。然後，會自動將您的申請表發送給過渡援助部。如需獲得參加MassHealth計劃的考慮，並不要求您必須申請SNAP計劃。

MASSHEALTH和HEALTH SAFETY NET | 哪些人可以填寫本申請表

如果您住在麻薩諸塞州，並且符合以下條件，您可以填寫本醫療承保申請表：

- 是年齡在65歲或以上並在家中居住的個人；並且
 - 不是年齡在19歲以下、與您同住的子女的家長；或者
 - 不是當父母雙方均不住在家中時與年齡在19歲以下的孩子同住並照料該孩子的成年親屬；或者
 - 是每個月工作40小時或以上或目前正在工作且在提交本申請表月份之前六個月至少已經工作240小時的殘障人士；
- 需要在醫療機構或護理設施接受長期護理服務的任何年齡的個人；或者
- 根據某些計劃的要求符合接受長期護理服務以便住在家中的個人；或者
- 已婚和配偶同住的會員；並且
 - 您和您的配偶都在申請醫療承保；
 - 沒有年齡在19歲以下的子女與您同住；並且
 - 一名配偶年齡在65歲或以上，另一名配偶年齡在65歲以下。(請查閱申請表步驟9。)

如果您符合以下任何一項例外情況，您應當填寫「醫療與牙科承保及幫助支付費用申請表」(ACA-3)。如需索取本申請表，請電洽 (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648，供聾人、聽力障礙者或語言障礙者使用)。

- 您是年齡在19歲以下、與您同住的子女的家長，或者
- 您是當父母雙方均不住在家中時與年齡在19歲以下的孩子同住並照料該孩子的成年親屬。

如果您符合以下條件，您還需要填寫「長期護理增補表」：

- 住在機構中，例如療養院、慢性病醫院或其他醫療機構(您可能需要向長期護理設施每月付款，稱為患者付款)。(如需瞭解更多資訊，請查閱《年長者指南》第13頁)；
- 住在急症醫院，等候被安排入住長期護理設施；或者
- 住在您自己的家中且正在根據基於家庭和社區的服務豁免計劃申請或接受長期護理服務。

如果有人幫助您填寫本申請表，您可能需要另外填寫一份表格，許可該人士擔任您的代表。請參閱本申請表結尾處的「授權代表指定表」。

MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR | 哪些人可以填寫本申請表

如果您住在麻薩諸塞州，並且您滿意以下條件，您可以填寫本申請表：

- 年齡在65歲或以上；
- 沒有資格用其他方式參加MassHealth；
- 沒有參加Medicare；並且
- 無法獲得符合最低價值要求的可負擔的保健計劃。*

*最低價值要求表示醫療保健計劃至少支付普通註冊者總醫療保險費用的60%。

Health Connector按照修改的調整後總收入(MAGI)規定來確定資格。



申請時需要提交哪些資訊

在申請參加MassHealth、Health Safety Net和Massachusetts Health Connector時，
必須隨申請表提交以下資訊

社會安全號碼 (SSN)

您必須出示社會安全號碼或本申請中任何人也在申請社會安全號碼的證明。以下人士可作為例外情況處理：

- 聯邦法律規定的享有宗教豁免權的人
- 有資格申請非工作社會安全號碼的人，或
- 沒有資格申請社會安全號碼的人。

除非適用一種例外情況，否則**我們需要申請醫療承保的所有人的社會安全號碼 (SSN)**。對於不申請醫療承保的人，可選擇提交或不提交社會安全號碼 (SSN)，但提交社會安全號碼可加快申請處理程序。我們使用社會安全號碼 (SSN) 核查收入和其他資訊，瞭解誰有資格接受醫療承保費用幫助。如果有人沒有社會安全號碼 (SSN)，或者需要有人幫助申請社會安全號碼，請電洽社會安全局，電話號碼 (800) 772-1213，TTY: (800) 325-0778，或查閱網站 www.socialsecurity.gov。請參閱《年長者指南》，瞭解更多資訊。

收入、資產和保險證明

我們將嘗試透過電子資料匹配確認部分此類資訊，如果需其他證明，我們將通知您。如果您隨申請表提交此類資訊的證明，則會加快您的申請處理程序。

- 扣除前所有當前收入證明，例如薪資單或養老金支票存根副本（並不要求您必須提交社會安全或社會安全生活補助金 (SSI) 收入證明，但您必須填寫社會安全和SSI收入資訊 (如適用)）
- 所有資產證明，例如銀行帳戶和人保險保單
- 如果您在申請醫療設施內的長期護理服務，您目前的醫療保險保費帳單副本 (例如Medex) (您無需提交您的Medicare卡副本)
- 任何當前醫療承保的保單號碼
- 有關任何其他可向您的家庭提供的醫療保險的資訊

公民/國民身份證明

我們將嘗試透過電子資料匹配確認該資訊。如果我們需要其他證明，我們將通知您。如果您隨申請表提交此類資訊的證明，則會加快您的申請處理程序。

- 美國公民/國民身份證明和個人身份證明，例如美國護照或美國歸化文件。您還可以用美國出生證證明美國公民身份。您還可以用駕照或其他形式的政府頒發證件證明身份。如果您有麻薩諸塞州駕照或麻薩諸塞州身份證，我們可以透過麻薩諸塞州機動車輛登記處的記錄證明您的個人身份。您一旦向我們提供您的美國公民/國民身份證明和個人身份證明，以後就無須再向我們提供此類證明。您必須向我們提供所有提出申請的家庭成員的個人身份證明。**獲得或能夠獲得Medicare或社會安全生活補助金 (SSI) 的年長者或殘障人士或領取社會安全殘障補助金 (SSDI) 的殘障人士無須出具美國公民/國民身份和個人身份證明。** (請參閱《年長者指南》第9節中有關可接受證明形式的完整資訊)
- 如果您或您的配偶不是美國公民/國民並在申請MassHealth (MassHealth Limited除外)、Health Safety Net或Health Connector計劃，您或您的配偶的所有移民卡 (或其他顯示移民身份的文件) 正反兩面副本。

如需瞭解有關移民身份和文件類型的更多資訊，請查閱第32頁。

我們為什麼要求提供此類資訊

我們要求提供收入和其他資訊是為了將您有資格享受哪些承保和您是否能夠獲得支付此類承保幫助的資訊通知您。**我們會根據法律要求對您提供的所有資訊保密。**如需查看Health Connector的隱私權政策，請查閱網站 www.MAhealthconnector.org。如需查閱MassHealth的隱私權政策，請查閱網站 www.mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-information。

申請提交後會怎樣以及從何處獲取幫助

當我們收到您填妥的、簽名和填寫日期的申請表後，我們將審查您的申請表。如果我們需要更多資訊，我們將寫信給您或打電話給您。我們一旦收到需要的資料，我們將作出有關您的資格的決定，並向您發出書面通知。如果您有資格參加MassHealth，如果您已經為您符合資格期間MassHealth應提供承保的醫療服務付費，請立即向任何健康護理服務提供者出示本通知。如果健康護理服務提供者決定MassHealth將支付此類服務的費用，則會將您支付的費用償還給您。

如果您需要有關如何申請的更多資訊，或者需要為您的同時在申請的配偶另外索取一份**增補表C：個人護理員**副本，請電洽 (800) 841-2900，TTY: (800) 497-4648。本申請表有西班牙語版本。請撥打以上電話號碼索取。

如果您對任何表格或您需要提交的資訊有疑問，請電洽 (800) 841-2900，TTY: (800) 497-4648。

如需為MassHealth申請人和會員查找有關新型冠狀病毒的資源和資訊，請查閱網站：

www.mass.gov/coronavirus-disease-covid-19-and-masshealth

年長者和需要接受長期護理服務的人 醫療承保申請表



請用大寫字母清楚地填寫。請務必回答所有的問題。請填寫申請表的所有部分以及所有適用的增補表。如果您需要更多紙頁填寫，請在申請表中另附一頁紙。請在任何隨附紙頁的上方寫上第一位人士的姓名和社會安全號碼。對於你們家中的每一位成員，請在他/她想要申請的一項或幾項計劃的下方填寫該人士的姓名。請查閱《年長者指南》，瞭解有關此類計劃承保的更多資訊。

請列出在本申請表中申請醫療承保的每一個人的姓名。

☐ MassHealth或Health Safety Net (HSN)

(如果住在家中、或住在休養所、輔助生活設施、持續護理退休人社區或生活護理社區，請填寫本申請表以及適用於您或任何家庭成員的任何增補表。) MassHealth將查看在本申請表中申請醫療承保的任何人是否有資格參加MassHealth或HSN。

您：_____

配偶：_____

☐ 長期護理及/或 ☐ 基於家庭和社區的服務豁免計劃

(如果根據基於家庭和社區的服務 (HCBS) 豁免計劃申請或獲得在家中接受長期護理服務，請填寫本申請表及任何適用於您或任何家庭成員的增補表，包括全部或部分「長期護理增補表」)

您：_____

配偶：_____

☐ Health Connector計劃

透過Massachusetts Health Connector提供的醫療承保不是MassHealth。如果您有Medicare，您不符合參加任何費用分攤或預付保費稅收抵免計劃，您不能透過Health Connector購買計劃，除非您有資格參加Medicare時註冊參加了一項Health Connector計劃。唯一一種在您已有Medicare後應當申請參加Health Connector計劃的情況是，您尚未註冊參加Medicare，但您必須為您的Medicare Part A保費付款。在此種情況下，您可能有資格參加一項Health Connector計劃。

您：_____

配偶：_____

注意：PACE – 年長者全包式護理計劃

部分MassHealth會員可能有資格註冊參加年長者全包式護理計劃 (PACE)，該項計劃允許會員透過基於中心的模式利用各類醫療、社交、娛樂和保健服務。詳情請查閱第10頁中的《年長者指南》。

補充營養援助計劃 (SNAP)

補充營養援助計劃 (SNAP) 是一項幫助您每月購買健康食品的聯邦計劃。

- ☐ 如果您希望將本申請表送給過渡援助部，用作SNAP福利申請表，請勾選本方框。您必須閱讀第17-23頁的權利與責任，並在第23頁中簽名，才能繼續填寫申請表。

步驟 1 第一位人士(您) — 請告訴我們您本人的情況

我們需要你們家庭中的一位成年人擔任您的申請聯繫人。請注意，這需要是申請表中的人士，並非願意擔任申請人聯繫人的第三方人士。請查閱本申請表結尾處的「授權代表指定表」(ARD)，指定第三方聯繫人。

1. 名、中間名、姓和後綴			2. 出生日期	
3. 街道地址 ☐ 如果是無家可歸者，勾選本方框。您必須提供郵寄地址。			4. 公寓或單元號碼	
5. 城市	6. 州	7. 郵遞區號	8. 縣	
9. 這是醫院、護理設施或其他機構嗎？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答是，填寫設施名稱				
10. 郵寄地址 ☐ 如果與街道地址相同，勾選本方框。			11. 公寓或單元號碼	
12. 城市	13. 州	14. 郵遞區號	15. 縣	

16. 電話號碼	17. 其他電話號碼
18. 電子郵件	19. 申請表中列出的人數
20. 如果您的首選語言不是英語,是哪一種語言? 口語 _____ 書面語 _____	
21. 本申請表中是否有任何人正在監獄內或正在被監禁? ☐ 是 ☐ 否	
如果該人士將在今後60天被釋放,請選擇否。	
如果回答是,是誰?在此處填寫姓名: _____	
如果回答是,該人士是否正在等候審判? ☐ 是 ☐ 否	

僅限由註冊協助人填寫

如果您是註冊協助人,正在幫助他人填寫本申請表,請填寫本欄。如果指導員尚未填寫「指導員指定表」,則必須填寫該表。如果認證申請顧問尚未填寫「認證申請顧問指定表」,則必須填寫該表。

勾選一項 ☐ 指導員 ☐ 認證申請顧問

名、中間名、姓和後綴	電子郵件地址
機構名稱	機構識別號碼
	機構電話號碼

步驟 2 第一位人士

1. 名、中間名、姓和後綴	2. 性別 ☐ 男 ☐ 女	3. 與您的關係 您本人
4. 您是在為您本人申請醫療或牙科承保嗎? ☐ 是 ☐ 否		
如果回答是,請回答以下步驟2中有關第一位人士(您本人)的所有問題。		
如果回答否,請回答問題16(便利設施),然後進入第4頁「收入資訊」一節。		
5. 選擇回答 您的種族或種族劃分是什麼? _____ 請查閱第32頁。 MassHealth致力於向所有會員提供公平的照護,不考慮其種族、種族劃分或語言。請回答本問題,幫助我們滿足您的語言和文化需求。請注意,您的回答是自願性的、會得到保密、不會影響您的資格或用於任何歧視目的。		
6. 您是否有社會安全號碼(SSN)? ☐ 是 ☐ 否(如果不申請,可選擇填寫)		
我們需要申請醫療承保且有社會安全號碼的每一個人填寫社會安全號碼(SSN)。聯邦法律規定的享有宗教豁免權的人、有資格申請非工作社會安全號碼的人或沒有資格申請社會安全號碼的人可作為例外情況處理。不申請醫療承保的人提供社會安全號碼是選擇性的,但向我們提供社會安全號碼可加快申請程序。我們使用社會安全號碼核查收入和其他資訊,瞭解誰有資格接受醫療承保費用幫助。如果有人需要幫助申請社會安全號碼,請電洽社會安全局,電話號碼(800)772-1213,TTY: (800) 325-0778,或查閱網站 www.socialsecurity.gov 。如需瞭解我們如何使用您的社會安全號碼的更多詳情,請查閱《年長者醫療保健承保指南》。		
如果回答是,請填寫社會安全號碼 _____ - _____ - _____		
如果回答否,勾選以下一個原因。 ☐ 剛剛申請 ☐ 非公民豁免 ☐ 宗教豁免		
您在本申請表中的姓名是否與您在社會安全卡上的姓名相同? ☐ 是 ☐ 否		
如果回答否,您在社會安全卡上的姓名是什麼? _____		
名、中間名、姓和後綴		
7. 如果您獲得預付保費稅收抵免(APTC),您是否同意在獲得稅收抵免的稅務年度提交聯邦稅表? ☐ 是 ☐ 否		
您過去可能不需要或沒有選擇提交稅表,但您必須在獲得APTC的年度提交聯邦所得稅表。您必須對問題6勾選是,才有資格參加ConnectorCare或獲得APTC,幫助支付您的醫療保險費用。如果您有資格,您在申請或獲得MassHealth或HSN時無需提交稅表。		
如果回答是,請回答問題a-d。如果回答否,請跳至問題d。		

您必須為申請參加某些計劃 (ConnectorCare或APTC) 的年度與您的配偶提交聯邦聯合稅表, 除非您是家庭虐待或遺棄受害者或者您作為戶主提交稅表。如果您將作為戶主提交稅表, 您應當對問題6a (「您合法地結婚了嗎?」) 回答**否**。有資格成為戶主的一種方法是與您的配偶分開居住, 並將另一個人作為受撫養人申報。請參閱國稅局第501號出版物, 或諮詢稅務專業人員, 獲取稅務申報資訊。您只需要在本申請表中包括您本人和任何受撫養人。

a. 您合法地結婚了嗎? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**否**, 請跳至問題7c。

如果回答**是**, 請列出配偶的姓名和出生日期。

b. 您計劃為您提交申請的稅務年度與您的配偶提交聯邦聯合稅表嗎? ☐ 是 ☐ 否

c. 您將為提交申請的年度在您的聯邦所得稅表中申報任何受撫養人嗎? ☐ 是 ☐ 否

對於透過Massachusetts Health Connector註冊享受承保且其承保保費全部或部分透過預付款支付、作為受撫養人列入本申請表的任何個人, 您將在您的聯邦所得稅表中申報個人免稅額扣除。

列出受撫養人的姓名和出生日期。

d. 您會在您申請的年度被其他人作為受撫養人在其聯邦所得稅表中申報嗎? ☐ 是 ☐ 否

如果您被其他人作為受撫養人在其聯邦所得稅表中申報, 這可能會影響您獲得保費稅收抵免的能力。如果您是年齡在21歲以下、被非監護家長申報的子女, 請勿對這個問題回答**是**。如果回答**是**, 請列出報稅人的姓名。

報稅人出生日期 _____ 您與報稅人是什麼關係? _____

報稅人是否已婚且聯合報稅? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**, 請列出配偶的姓名和出生日期。 _____

報稅人還將哪些其他人作為受撫養人申報? _____

e. 您是否因為您是家庭虐待或遺棄受害者單獨報稅? ☐ 是 ☐ 否

選擇填寫 我在接受預付保費稅收抵免 (APTC) 的每一年都向國稅局 (IRS) 提交聯邦所得稅表。我在提交稅表時, 包括了國稅局第8962號表, 該表中包括有關我領取的稅收抵免的資訊, 以便國稅局調整我的APTC。 ☐ 是 ☐ 否

如果符合以下各項, 回答**是**: 1. 您過去曾獲得APTC或參加ConnectorCare, 並且
2. 該聲明適合家中所列的所有人。

8. 您是美國公民或美國國民嗎? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**, 您是歸化公民 (不在美國出生) 嗎? ☐ 是 ☐ 否

外籍人士號碼 _____ 歸化或公民身份認證號碼 _____

9. 如果您不是公民, 您是否有合格的移民身份? ☐ 是 ☐ 否

請參閱第28頁「移民身份和文件類型」, 獲得幫助。如果回答**否**或**不回答**, 您可能只能參加以下一項或幾項計劃: MassHealth Standard (如果懷孕)、MassHealth Limited、Children's Medical Security Plan (CMSP) 或Health Safety Net (HSN)。請進入問題10。

a. 如果回答**是**, 您是否有移民文件? ☐ 是 ☐ 否

如果您在申請表中包括您的移民文件副本, 可能會幫助我們更快地處理您的申請。我們將嘗試透過電子資料匹配確認您的移民身份。請列出自從您進入美國以來適用於您的所有移民身份及/或狀況。如果您需要更多紙頁填寫, 請另附一頁紙。

身份授予日期 (月/日/年) _____ (對於受虐人士, 請填寫申請獲批准的日期。)

移民身份 _____ 移民文件類型 _____

請從第28頁的列表中選擇一個或多個移民身份和文件類型。

文件識別號碼 _____ 外籍人士號碼 _____

護照或文件失效日期 (月/日/年) _____ 國家 _____

b. 您在本申請表中使用的姓名是否與您在申請移民身份時使用的姓名相同? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**否**, 您曾經使用什麼姓名?

名、中間名、姓和後綴 _____

c. 您是在1996年8月22日之後到達美國的嗎? ☐ 是 ☐ 否

d. 您是美國軍隊榮譽退伍軍人或現役軍人或美國軍隊榮譽退伍軍人或現役軍人的配偶或子女嗎？ ☐ 是 ☐ 否

e. **選擇填寫** 您是： ☐ 嚴重非法交易受害者、 ☐ 非法交易受害者的配偶、子女、兄弟姐妹或父母、
☐ 受虐配偶、 ☐ 受虐配偶的子女或父母嗎？

10. 您是在麻薩諸塞州生活並打算在此居住(即使您沒有固定的地址)還是您因為有了工作機會或為了找工作來到麻薩諸塞州？ ☐ 是 ☐ 否

如果您只是為了個人娛樂或只是為了在除護理設施之外的其他地點接受醫療護理前來麻薩諸塞州，您必須對這個問題回答**否**。

11. 您是與至少一名年齡在19歲以下的孩子同住、並且您是照料這名或這些孩子的主要人士嗎？ ☐ 是 ☐ 否
孩子的姓名和出生日期 _____

12. 您是否懷孕？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**是**，您預期會分娩幾個嬰兒？ _____ 預產期是什麼日期？ _____

13. 您是否曾經被寄養？ ☐ 是 ☐ 否
a. 如果回答**是**，您被寄養時是在哪一個州？ _____
b. 您當時是透過州立 Medicaid 計劃獲得醫療護理嗎？ ☐ 是 ☐ 否

14. 您是租賃還是擁有您的物業？ ☐ 租賃 ☐ 擁有

15. **殘障** 如果您年齡在65歲以下或者年滿65歲或以上並在工作，請回答這個問題。
您是否有已經延續或預期會延續至少12個月的殘障(包括精神健康殘障問題)？
(如果是法律上定義的失明，請回答**是**。) ☐ 是 ☐ 否 姓名： _____

16. 您是否因為殘障或受傷需要合理的便利設施？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**否**，請回答下一個問題。如果回答**是**，請回答問題a和b。

a. 症狀
☐ 弱視 ☐ 失明 ☐ 失聰 ☐ 聽力障礙 ☐ 發育殘障 ☐ 智障
☐ 身體殘障 ☐ 其他(請解釋) _____

b. 便利設施
☐ 文字電話(TTY) ☐ 大印刷體出版物 ☐ 美國手語翻譯 ☐ 視頻轉接服務
☐ 實時語音文字轉換(CART) ☐ 盲文出版物 ☐ 輔助聽力設備
☐ 電子格式出版物 ☐ 其他(請解釋) _____

17. 您是否因為其他人可能需要負責的事故或受傷而提出申請？ ☐ 是 ☐ 否

a. 是否是其他人造成您受傷、患病或殘障或者是否由除醫療保險(例如房主或汽車保險)之外的其他人的保險或您自己的保險提供承保？ ☐ 是 ☐ 否

b. 您是否曾就此次事故或受傷提起訴訟、工傷賠償索賠或保險索賠？ ☐ 是 ☐ 否

18. 您是否曾領取社會安全生活補助金(SSI)？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**否**，請進入「收入資訊」一節。如果回答**是**，請回答問題a和b。

a. 您最后一次領取SSI是何時？(月/年) _____

b. 您是否(勾選一項)： ☐ 獨自居住？ ☐ 與配偶同住？ ☐ 在休養所居住？ ☐ 在其他人家中居住？

收入資訊 (您可以隨本申請表提交所有家庭收入證明)

19. 您有任何收入嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果您沒有收入，請跳至問題30。

目前的工作 | 如果您有更多的工作，需要更多紙頁填寫，請另附一頁紙。

20. 雇主名稱和地址	聯邦稅號
-------------	------

21. a. 工資/小費(稅前) \$ _____ ☐ 每週 ☐ 每兩週 ☐ 每月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度 ☐ 每年
(減去任何稅前扣除額，例如免稅醫療保險保費)
b. 收入生效日期 _____

22. 每週平均工時 _____

23. 您是季節工嗎？☐ 是 ☐ 否 如果回答是，您在日曆年度的哪些月份工作？

☐ 一月 ☐ 二月 ☐ 三月 ☐ 四月 ☐ 五月 ☐ 六月 ☐ 七月 ☐ 八月 ☐ 九月 ☐ 十月 ☐ 十一月 ☐ 十二月

自雇职业 | 如果是自雇职业者，請回答以下問題。如果您需要更多紙頁填寫，請另附一頁紙。

24. 您是自雇職業者嗎？☐ 是 ☐ 否

- a. 如果回答是，您從事的是哪一種類型的工作？ _____
- b. 您每個月從該自雇職業中平均賺取多少淨收入（支付業務開銷後的收益）？或者您每個月在該自雇職業中虧損多少錢？\$ _____/每月收益或 \$ _____/每月虧損
- c. 您每週工作多少小時？ _____

其他收入

25. 勾選所有適用的項目，並填寫數額以及獲得該收入的頻率。

注意：您無需告訴我們子女贍養費或社會安全生活補助金 (SSI) 方面的資訊。

☐ 社會安全福利 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 退休金或養老金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 年金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 信託基金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 失業金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 利息、紅利及其他投資收入 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 版稅收入 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 收到的贍養費 \$ _____ 領取頻率？ _____

如果該人士從離婚、分居協議或2019年1月1日以前判決的法庭命令接受贍養費付款，在此處填寫這些付款數額。
\$ _____

☐ 聯邦退伍軍人福利 \$ _____ 領取頻率？ _____ 需要繳稅嗎？ ☐ 是 ☐ 否

☐ 應稅軍人退休金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 其他應稅收入（包括類型）\$ _____ 領取頻率？ _____ 類型 _____

☐ 資本收益：您每個月從該資本收益中平均獲取多少淨收入？或者您每個月在該資本收益中虧損多少錢？
\$ _____/收益或 \$ _____/虧損

☐ 農業或漁業淨收入：您每個月從該項業務中平均賺取多少淨收入（支付業務開銷後的收益）？或者您每個月在該項業務中虧損多少錢？ \$ _____/收益或 \$ _____/虧損

☐ 買彩票和賭博贏的錢： \$ _____ 生效日期 _____
多經常？ ☐ 僅一次 ☐ 每週一次 ☐ 每隔一週一次 ☐ 每個月兩次 ☐ 每個月一次 ☐ 每年一次
非現金獎品不被視為合格的買彩票和賭博贏的錢。不要在該金額中包括輸掉的錢。

租金收入

26. 您是否有租金收入？（您必須回答這個問題。） ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，請提交目前的租金收入證明，例如每一位租戶的書面聲明、租約副本或最新聯邦稅表。此外，請提交過去12個月的以下所有開支證明（如適用）：抵押貸款、稅款、公用事業費（煤氣/電）、暖氣、水/下水道、保險費用、共管公寓或共有公寓費、修理及維護費。

a. 您擁有哪一種類型的房地產？ ☐ 獨戶 ☐ 兩個家庭 ☐ 三個家庭 ☐ 其他（請描述）： _____

b. 您每個月從以上所列房地產的每一套租賃單元中獲取多少租金收入？或者您每個月在該租賃單元中虧損多少錢？（請分別列出每一個租賃單元和地址。）

地址 _____ 單元號碼 _____

收入數額 _____ 虧損數額 _____ 屋主自住？ ☐ 是 ☐ 否

地址 _____ 單元號碼 _____

收入數額 _____ 虧損數額 _____ 屋主自住？ ☐ 是 ☐ 否

c. 您為您的租賃單元支付暖氣或公用事業費嗎？ ☐ 是 ☐ 否

一次性收入

27. 您是否已經或將在本日曆年度獲得一次性收入？ ☐ 是 ☐ 否

一次性收入的例子包括一次性支付養老金付款或一次性支付資本收益。

如果回答是：類型 _____ 數額 \$ _____ 領取月份 _____ 領取年份 _____

28. 您是否將在下一個日曆年度獲得一次性收入？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是：類型 _____ 數額 \$ _____ 領取月份 _____ 領取年份 _____

免除額

29. 您在您的所得稅表中報告了哪些扣除額？如果您支付某些可在聯邦所得稅表中扣除的費用，告訴我們這些費用可能會略微降低醫療承保的費用。勾選所有適用的項目。您的扣除額應當是您在聯邦所得稅表「調整後毛收入」一節中報告的數額。請針對您選擇的每項扣除額，填寫年度數額。您可以填寫的最高數額為國稅局許可的最高扣除額。

☐ 教育費用：年度數額 \$ _____

☐ 預備役軍人、表演藝術家或收費政府官員的某些業務開支：年度數額 \$ _____

☐ 醫療儲蓄帳戶扣除額：年度數額 \$ _____

☐ 軍人搬家費：年度數額 \$ _____

☐ 自雇職業稅款可扣除部分：年度數額 \$ _____

☐ 對自雇職業SEP、SIMPLE和合格計劃的供款：年度數額 \$ _____

☐ 自雇職業醫療保險扣除額：年度數額 \$ _____

☐ 提前儲蓄提款處罰：年度數額 \$ _____

☐ 支付的贍養費：為2019年1月1日之前最終下達的離婚、分居協議或法院命令支付的贍養費，請在此處填寫贍養費數額。每年贍養費數額 \$ _____

☐ 個人退休帳戶 (IRA) 扣除額：年度數額 \$ _____

☐ 學生貸款扣除額 (僅限利息，不是總付款額)：年度數額 \$ _____

☐ 無

年收入

30. 您在當前日曆年度是否領取任何失業福利金？ ☐ 是 ☐ 否

31. 您當前日曆年度的總預期收入是多少？

32. 您下一個日曆年度的總預期收入是多少 (如果不同)？

謝謝！ 這是我們需要詢問的有關您的所有問題。請進入「步驟2：第二位人士」，增加另一位家庭成員 (如需要)。否則，請進入「步驟3：美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成員」。

步驟 2 第二位人士 — 配偶或這個家庭中的其他人

請為與您同住的配偶或在您的聯邦所得稅表 (如提交) 中包括的任何人填寫本部分。

如果您必須在本申請表中包括超過兩個人，請在填寫之前將步驟2第二位人士複印一份空白資訊頁。在填寫附加頁面時，請務必告訴我們每一個人與本申請表中的每一個其他人的關係。我們需要此類資訊，以便確定資格。您還可以在以下網站為其他人下載資訊頁：mass.gov/masshealth。

1. 名、中間名、姓和後綴	2. 出生日期	3. 性別 ☐ 男 ☐ 女
---------------	---------	--

4. 與第一位人士的關係	5. 該人士是否與第一位人士同住？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答否，提供街道地址
--------------	--

☐ 無街道地址 注意：如果您勾選本方框，則必須提供郵寄地址。

6. 這是醫院、護理設施或其他機構嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，填寫設施名稱

7. 郵寄地址 ☐ 如果與街道地址相同，請勾選本方框。

8. 公寓或單元號碼

9. 城市

10. 州

11. 郵遞區號

12. 縣

13. 如果這個人的首選語言不是英語，是哪一種語言？ 口語 _____ 書面語 _____

14. **選擇回答** 該人士的種族或種族劃分是什麼？ _____ 請查閱第32頁。
MassHealth致力於向所有會員提供公平的照護，不考慮其種族、種族劃分或語言。請回答本問題，幫助我們滿足您的語言和文化需求。請注意，您的回答是自願性的、會得到保密、不會影響您的資格或用於任何歧視目的。

15. 該人士是否在申請醫療或牙科承保？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，請回答以下步驟2中有關第二位人士的所有問題。
如果回答否，請回答問題26（便利設施），然後進入第9頁「收入資訊」一節。

16. 該人士是否有社會安全號碼 (SSN)？ ☐ 是 ☐ 否 (如果不申請，可選擇回答)
我們需要申請醫療承保且有社會安全號碼的每一個人填寫社會安全號碼 (SSN)。如需瞭解重要的社會安全號碼資訊和如何申請社會安全號碼，請查閱第一位人士下方問題6說明。

如果回答是，請填寫社會安全號碼 _____ - _____ - _____

如果回答否，勾選以下一個原因。 ☐ 剛剛申請 ☐ 非公民豁免 ☐ 宗教豁免

本申請表中的姓名是否與該人士在社會安全卡上的姓名相同？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答否，該人士的社會安全卡上是什麼姓名？ _____

名、中間名、姓和後綴

17. 如果該人士獲得預付保費稅收抵免 (APTC)，該人士是否同意在獲得稅收抵免的稅務年度提交聯邦稅表？ ☐ 是 ☐ 否
他/她過去可能不需要或沒有選擇提交稅表，但該人士必須在獲得APTC的年度提交聯邦所得稅表。您必須對問題17勾選「是」，您才能有資格參加ConnectorCare或獲得APTC，幫助支付該人士的醫療保險費用。如果該人士有資格，該人士在申請MassHealth或HSN時無需提交稅表。

如果回答是，請回答問題a-d。如果回答否，請跳至問題d。

該人士必須為申請參加某些計劃 (ConnectorCare或APTC) 的年度與其配偶提交聯邦聯合稅表，除非該人士是家庭虐待或遺棄受害者或者作為戶主提交稅表。如果該人士將作為戶主提交稅表，他/她應當對問題17a（「您合法地結婚了嗎？」）回答「否」。該人士有資格成為戶主的一種方法是與其配偶分開居住，並將另一個人申報為受撫養人。請參閱國稅局第501號出版物，或諮詢稅務專業人員，獲取稅務申報資訊。該人士只需要在本申請表中包括自己和任何受撫養人。

a. 該人士合法地結婚了嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答否，請跳至問題17c。
如果回答是，請列出配偶的姓名和出生日期。 _____

b. 該人士計劃為該人士提交申請的稅務年度與其配偶提交聯邦聯合稅表嗎？ ☐ 是 ☐ 否

c. 該人士將為該人士提交申請的年度在聯邦所得稅表中申報任何受撫養人嗎？ ☐ 是 ☐ 否
對於透過Massachusetts Health Connector註冊享受承保且其承保保費全部或部分透過預付款支付、作為受撫養人列入本申請表的任何個人，該人士將在其聯邦所得稅表中申報個人免稅額扣除。

列出受撫養人的姓名和出生日期。 _____

- d. 該人士將在該人士提交申請的年度在其他人的聯邦所得稅表中被作為受撫養人申報嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果該人士被其他人作為受撫養人在其聯邦所得稅表中申報，這可能會影響該人士獲得保費稅收抵免的能力。如果該人士是年齡在21歲以下、被非監護家長申報的子女，請勿對這個問題回答是。如果回答是，請列出報稅人的姓名。

報稅人出生日期 _____ 該人士與報稅人是什麼關係？ _____

報稅人是否已婚且聯合報稅？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，請列出配偶的姓名和出生日期。 _____

報稅人還將哪些其他人作為受撫養人申報？ _____

- e. 該人士是否因為自己是家庭虐待或遺棄受害者單獨報稅？ ☐ 是 ☐ 否

18. 該人士是美國公民或美國國民嗎？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，該人士是歸化公民（不在美國出生）嗎？ ☐ 是 ☐ 否

外籍人士號碼 _____ 歸化或公民身份認證號碼 _____

19. 如果該人士不是公民，他/她是否有合格的移民身份？ ☐ 是 ☐ 否

請參閱第28頁「移民身份和文件類型」，獲得幫助。如果回答否或不回答，您可能只能參加以下一項或幾項計劃：MassHealth Standard (如果懷孕)、MassHealth Limited、Children's Medical Security Plan (CMSP) 或Health Safety Net (HSN)。請進入問題20。

- a. 如果回答是，該人士是否有移民文件？ ☐ 是 ☐ 否

如果您在申請表中包括該人士的移民文件副本，可能會幫助我們更快地處理本申請。我們將嘗試透過電子資料匹配確認該人士的移民身份。請列出自從他/她進入美國以來適用於該人士的所有移民身份及/或狀況。如果您需要更多紙頁填寫，請另附一頁紙。

身份授予日期(月/日/年) _____ (對於受虐人士，請填寫申請獲批准的日期。)

移民身份 _____ 移民文件類型 _____

請從第28頁的列表中選擇一個或多個移民身份和文件類型。

文件識別號碼 _____ 外籍人士號碼 _____

護照或文件失效日期(月/日/年) _____ 國家 _____

- b. 該人士在本申請中使用的姓名是否與在申請移民身份時使用的姓名相同？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答否，該人士曾經使用什麼姓名？名、中間名、姓和後綴 _____

- c. 該人士是在1996年8月22日之後到達美國的嗎？ ☐ 是 ☐ 否

- d. 該人士是美國軍隊榮譽退伍軍人或現役軍人或美國軍隊榮譽退伍軍人或現役軍人的配偶或子女嗎？ ☐ 是 ☐ 否

- e. **選擇填寫** 該人士是：
☐ 嚴重非法交易受害者、 ☐ 非法交易受害者的配偶、子女、兄弟姐妹或父母、
☐ 受虐配偶、 ☐ 受虐配偶的子女或父母嗎？

20. 該人士是在麻薩諸塞州生活並打算在此居住(即使他/她沒有固定的地址)還是該人士因為有了工作機會或為了找工作來到麻薩諸塞州呢？ ☐ 是 ☐ 否

如果該人士只是為了個人娛樂或只是為了在除護理設施之外的其他地點接受醫療護理前來麻薩諸塞州，您必須對這個問題回答「否」。

21. 該人士是與至少一名年齡在19歲以下的孩子同住、並且是照料該名或這些孩子的主要人士嗎？ ☐ 是 ☐ 否

孩子的姓名和出生日期 _____

22. 該人士是否懷孕？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，該人士預期會分娩幾個嬰兒？ _____ 預產期是什麼日期？ _____

23. 該人士是否曾被寄養？ ☐ 是 ☐ 否

a. 如果回答是，該人士被寄養時是在哪一個州？ _____

b. 該人士當時是透過州立Medicaid計劃獲得醫療護理嗎？ ☐ 是 ☐ 否

24. 該人士是租賃還是擁有自己的物業？ ☐ 租賃 ☐ 擁有
25. **殘障** 如果該人士年齡在65歲以下或者年滿65歲或以上並在工作，請回答這個問題。
該人士是否有已經延續或預期會延續至少12個月的殘障（包括精神健康殘障問題）？
（如果是法律上定義的失明，請回答是。） ☐ 是 ☐ 否 姓名：_____
26. 該人士是否因為殘障或受傷需要合理的便利設施？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答否，請回答下一個問題。如果回答是，請回答問題a和b。
- a. 症狀
☐ 弱視 ☐ 失明 ☐ 失聰 ☐ 聽力障礙 ☐ 發育殘障 ☐ 智障
☐ 身體殘障 ☐ 其他（請解釋）_____
- b. 便利設施
☐ 文字電話（TTY） ☐ 大印刷體出版物 ☐ 美國手語翻譯 ☐ 視頻轉接服務
☐ 實時語音文字轉換（CART） ☐ 盲文出版物 ☐ 輔助聽力設備
☐ 電子格式出版物 ☐ 其他（請解釋）_____
27. 該人士是否因為其他人可能需要負責的事故或受傷而提出申請？ ☐ 是 ☐ 否
- a. 是否是其他人造成該人士受傷、患病或殘障或者由除醫療保險（例如房主或汽車保險）之外的其他人的保險或該人士自己的保險提供承保？ ☐ 是 ☐ 否
- b. 該人士是否曾就此次事故或受傷提起訴訟、工傷賠償索賠或保險索賠？ ☐ 是 ☐ 否
28. 該人士是否曾領取社會安全生活補助金（SSI）？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答否，請進入「收入資訊」一節。如果回答是，請回答問題a和b。
- a. 該人士最后一次領取SSI是何時？（月/年）_____
- b. 該人士（勾選一項）：☐ 獨自居住？ ☐ 與配偶同住？ ☐ 在休養所居住？ ☐ 在其他人家中居住？

收入資訊（您可以隨本申請表提交所有家庭收入證明。）

29. 該人士是否有任何收入？ ☐ 是 ☐ 否
如果該人士沒有收入，請跳至問題40。

目前的工作 | 如果該人士有更多的工作，需要更多紙頁填寫，請另附一頁紙。

30. 雇主名稱和地址 _____ 聯邦稅號 _____
31. a. 工資/小費（稅前）\$ _____ ☐ 每週 ☐ 每兩週 ☐ 每月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度 ☐ 每年
（減去任何稅前扣除額，例如免稅醫療保險保費。）
b. 收入生效日期 _____
32. 每週平均工時 _____
33. 該人士是季節工嗎？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答是，該人士在日曆年度的哪些月份工作？
☐ 一月 ☐ 二月 ☐ 三月 ☐ 四月 ☐ 五月 ☐ 六月 ☐ 七月 ☐ 八月 ☐ 九月 ☐ 十月 ☐ 十一月 ☐ 十二月

自雇职业 | 如果是自雇职业者，請回答以下問題。如果您需要更多紙頁填寫，請另附一頁紙。

34. 該人士是自雇職業者嗎？ ☐ 是 ☐ 否
- a. 如果回答是，他/她從事的是哪一種類型的工作？

- b. 該人士每個月從該自雇職業中平均賺取多少淨收入（支付業務開銷後的收益）？或者他/她每個月在該自雇職業中虧損多少錢？\$ _____/每月收益或 \$ _____/每月虧損
- c. 該人士每週工作多少小時？ _____

其他收入

35. 勾選所有適用的項目，並填寫數額以及該人士獲得該收入的頻率。

注意：您無需告訴我們子女贍養費或社會安全生活補助金 (SSI) 方面的資訊。

☐ 社會安全福利 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 退休金或養老金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 年金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 信託基金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 失業金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 利息、紅利及其他投資收入 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 版稅收入 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 收到的贍養費 \$ _____ 領取頻率？ _____

如果該人士從離婚、分居協議或2019年1月1日以前判決的法庭命令接受贍養費付款，在此處填寫這些付款數額。
\$ _____

☐ 聯邦退伍軍人福利 \$ _____ 領取頻率？ _____ 需要繳稅嗎？ ☐ 是 ☐ 否

☐ 應稅軍人退休金 \$ _____ 領取頻率？ _____

☐ 其他應稅收入 (包括類型) \$ _____ 領取頻率？ _____ 類型 _____

☐ 資本收益：您**每個月**從該資本收益中平均獲取多少淨收入？或者您**每個月**在該資本收益中虧損多少錢？
\$ _____ / 收益或 \$ _____ / 虧損

☐ 農業或漁業淨收入：您**每個月**從該項業務中平均賺取多少淨收入 (支付業務開銷後的收益)？或者您**每個月**在該項業務中虧損多少錢？ \$ _____ / 收益或 \$ _____ / 虧損

☐ 買彩票和賭博贏的錢： \$ _____ 生效日期 _____
多經常？ ☐ 僅一次 ☐ 每週一次 ☐ 每隔一週一次 ☐ 每個月兩次 ☐ 每個月一次 ☐ 每年一次
非現金獎品不被視為合格的買彩票和賭博贏的錢。不要在該金額中包括輸掉的錢。

租金收入

36. 該人士是否有租金收入？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**，請**提交**目前的租金收入**證明**，例如每一位租戶的書面聲明、租約副本或最新聯邦稅表。此外，請**提交**過去12個月的以下所有開支**證明** (如適用)：抵押貸款、稅款、公用事業費 (煤氣/電)、暖氣、水/下水道、保險費用、共管公寓或共有公寓費、修理及維護費。

a. 該人士擁有哪一種類型的房地產？ ☐ 獨戶 ☐ 兩個家庭 ☐ 三個家庭 ☐ 其他 (請描述)： _____

b. 該人士**每個月**從以上所列房地產的每一套租賃單元中獲取多少租金收入？或者該人士**每個月**在該租賃單元中虧損多少錢？ (請分別列出每一個租賃單元和地址。)

地址 _____ 單元號碼 _____

收入數額 _____ 虧損數額 _____ 屋主自住？ ☐ 是 ☐ 否

地址 _____ 單元號碼 _____

收入數額 _____ 虧損數額 _____ 屋主自住？ ☐ 是 ☐ 否

c. 該人士是否為租戶支付暖氣費或公用事業費？ ☐ 是 ☐ 否

一次性收入

37. 該人士是否已經或將在本日曆年度獲得一次性收入？ ☐ 是 ☐ 否

一次性收入的例子可能是一次性支付養老金或一次性支付資本收益。

如果回答**是**： 類型： _____ 數額 \$ _____ 領取月份 _____ 領取年份 _____

38. 該人士是否將在下一個日曆年度獲得一次性收入？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**： 類型： _____ 數額 \$ _____ 領取月份 _____ 領取年份 _____

免除額

39. 他/她在所得稅表中報告了哪些扣除額？如果該人士支付某些可在聯邦所得稅表中扣除的費用，告訴我們這些費用可能會略微降低醫療承保的費用。勾選所有適用的項目。該人士的扣除額應當是在聯邦所得稅表「調整後毛收入」一節中報告的數額。請對選擇的每項扣除額，填寫年度數額。您可以填寫的最高數額為國稅局許可的最高扣除額。

- ☐ 教育費用：年度數額 \$ _____
- ☐ 預備役軍人、表演藝術家或收費政府官員的某些業務開支：年度數額 \$ _____
- ☐ 醫療儲蓄帳戶扣除額：年度數額 \$ _____
- ☐ 軍人搬家費：年度數額 \$ _____
- ☐ 自雇職業稅款可扣除部分：年度數額 \$ _____
- ☐ 對自雇職業SEP、SIMPLE和合格計劃的供款：年度數額 \$ _____
- ☐ 自雇職業醫療保險扣除額：年度數額 \$ _____
- ☐ 提前儲蓄提款處罰：年度數額 \$ _____
- ☐ 支付的贍養費：為2019年1月1日之前最終下達的離婚、分居協議或法院命令支付的贍養費，請在此處填寫贍養費數額。每年贍養費數額 \$ _____
- ☐ 個人退休帳戶 (IRA) 扣除額：年度數額 \$ _____
- ☐ 學生貸款扣除額 (僅限利息，不是總付款額)：年度數額 \$ _____
- ☐ 無

年收入

40. 該人士在當前日曆年度是否領取任何失業福利金？ ☐ 是 ☐ 否

41. 該人士當前日曆年度的總預期收入是多少？

42. 該人士下一個日曆年度的總預期收入是多少 (如果不同)？

謝謝！這是我們需要詢問的有關該人士的所有問題。

步驟 3 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成員

您或你們家中的任何人是美洲印第安人或阿拉斯加原住民嗎？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**否**，請跳至步驟4。如果回答**是**，請填寫本申請表的其餘部分，包括**增補表B：美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成員**。

人名 _____

註冊參加醫療承保的美洲印第安人和阿拉斯加原住民還可以從印第安人保健服務部、部落保健計劃或城市印第安人保健計劃接受服務。如果您或您的任何家庭成員是美洲印第安人或阿拉斯加原住民，您可能無需支付保費或協同付款，還可能有特殊的每月註冊期。

步驟 4 以前的醫療帳單

您或您的配偶在我們收到您的申請表前的三個月是否有醫療服務帳單？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**否**，請跳至**步驟5：資產**。如果回答**是**，請填寫本節的其餘部分。我們可能能夠支付這些帳單。

您或您的配偶是否想要為該階段申請MassHealth？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**，您需要MassHealth的最早日期是什麼？(月/日/年) _____
(您必須向我們提供在該階段擁有的所有收入和資產證明。)

步驟 5 資產 | 您必須為您及/或您的配偶擁有的每一項資產填寫所有的欄目。

如果您住在社區，您希望向您提供您提交申請月份之前最多三個月的醫療帳單幫助，您必須告訴我們您在該階段的任何開啓的和關閉的帳戶。如果您在申請長期護理，您還必須向我們提供有關您或您的配偶在過去60個月內擁有的所有資產的資訊。如果您需要更多紙頁填寫，請另附一頁紙。

銀行帳戶

1. 您或您的配偶是否有任何銀行帳戶或存款證，包括支票、儲蓄、信用合作社、NOW、貨幣市場和個人需求津貼 (PNA) 帳戶？
☐ 是 ☐ 否
 - a. 您或您的配偶是否有任何退休帳戶，包括個人退休帳戶 (IRA)、Keogh或養老基金？
☐ 是 ☐ 否
 - b. 您或您的配偶或共同所有人是否在過去60個月內關閉了任何帳戶，包括您與其他任何人共同擁有的任何帳戶？
☐ 是 ☐ 否

如果您對以上任何一個問題回答是，請填寫本節。如果您對所有這些問題回答否，請進入下一節 (房地產)。

請寄送一份在45天內更新的您的存取款記錄副本及/或您的一份最新帳戶對帳單副本。有關金融機構對帳單副本收費的資訊，請查閱《年長者指南》。如果在申請護理設施承保，請提供過去60個月的帳戶對帳單。

帳戶姓名		帳戶類型	
銀行/機構名稱		帳號	
目前餘額 \$	入住機構日期的餘額* \$	☐ 開啓的帳戶 ☐ 關閉的帳戶	
帳戶關閉日期 (月/日/年)		帳戶關閉日期數額 \$	
帳戶姓名		帳戶類型	
銀行/機構名稱		帳號	
目前餘額 \$	入住機構日期的餘額* \$	☐ 開啓的帳戶 ☐ 關閉的帳戶	
帳戶關閉日期 (月/日/年)		帳戶關閉日期數額 \$	

* 填寫入住醫療機構、醫院或護理設施日期的帳戶餘額。

房地產

2. 您或您的配偶是否在您的主要居所中擁有或有法定權益？
您 ☐ 是 ☐ 否 您的配偶 ☐ 是 ☐ 否
3. 您或您的配偶是否在除您的主要居所之外的任何房地產中擁有或有法定權益？
您 ☐ 是 ☐ 否 您的配偶 ☐ 是 ☐ 否

如果您對以上任何一個問題回答是，請填寫本節。如果回答否，請進入下一節 (人壽保險)。

請寄送一份擁有的所有物業的契約、最新稅單副本和所欠數額證明。

地址	
物業類型	當前價值 \$
地址	
物業類型	當前價值 \$

人壽保險

4. 您或您的配偶是否擁有任何人壽保險？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，請填寫本節。如果回答否，請進入下一節 (證券經紀帳戶(股票/債券/其他))。

請提交一份所有人壽保險保單第一頁的副本。如果所有保單的總面值超過每人\$1,500，另請寄送一封保險公司信函，顯示(所有除定期保單外的保單的)當前現金退保價值。

人名		
保險公司		
保單號碼	面值 \$	保險類型
人名		
保險公司		
保單號碼	面值 \$	保險類型

證券經紀帳戶(股票/債券/其他)

5. 您或您的配偶是否擁有任何股票、債券、儲蓄債券、共同基金、證券、保險箱中的資產、未存入銀行的現金、期權或期貨合約？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，請填寫本節。如果回答否，請進入下一節 (年金)。

請提交當前價值(除現金外)證明。

	所有人姓名	公司名稱	帳號	當前價值	入住機構 日期的價值*	聯合資產？
現金				\$	\$	☐ 是 ☐ 否
股票				\$	\$	☐ 是 ☐ 否
債券				\$	\$	☐ 是 ☐ 否
儲蓄債券				\$	\$	☐ 是 ☐ 否
共同基金				\$	\$	☐ 是 ☐ 否
期權				\$	\$	☐ 是 ☐ 否
期貨合約				\$	\$	☐ 是 ☐ 否
其他				\$	\$	☐ 是 ☐ 否

* 填寫入住醫療機構日期的帳戶餘額。

年金

6. 您或您的配偶或代表您或您的配偶的人是否購買或以任何方式改動年金？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，請填寫本節。如需符合資格，可能會要求您將Commonwealth列為剩餘價值受益人。
(請參閱《年長者指南》，瞭解更多資訊。) 如果回答否，請進入下一節 (輔助生活/其他)。

提交一份合約副本。對於每一項擁有的年金，請向我們提供年金公司出具的證明年金全部價值(減去任何罰款和費用)(如果可兌現)的證明。

所有人姓名	
發行年金的機構名稱	
合約號碼	購買日期(月/日/年)
所有人姓名	
發行年金機構名稱	
合約號碼	購買日期(月/日/年)

輔助生活/其他

7. 您、您的配偶或代表您或您的配偶的人是否向任何醫療保健或住宿設施(例如輔助生活設施、持續護理退休人社區或生活護理社區)提供存款? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是,請填寫本節。如果回答否,請進入下一節 **(車輛/移動房屋)**。

請提交一份您與設施簽署的合約副本以及任何有關該存款的文件副本。

設施名稱

設施地址

存款數額 \$

存款交給設施的日期(月/日/年)

車輛/移動房屋

8. 您或您的配偶是否擁有任何車輛,例如汽車、箱型車、卡車、娛樂車輛、移動房屋或船隻? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是,請填寫本節。如果回答否,請進入下一節 **(預付費喪葬計劃/信託)**。

請提交一份每輛車輛的登記副本及未償還貸款餘額證明。請提交一份移動房屋的銷售票據副本。如果您的配偶住在家中,請提交在入住醫療機構日期時每輛車輛的公平市場價值證明。

(您) 車輛類型	年份/廠家/型號	公平市場價值 \$	欠付數額 \$
----------	----------	--------------	------------

移動房屋地址

(您的配偶) 車輛類型	年份/廠家/型號	公平市場價值 \$	欠付數額 \$
-------------	----------	--------------	------------

移動房屋地址

預付費喪葬計劃

9. 您或您的配偶是否有任何預付費喪葬合約或信託、為葬禮和喪葬費設置的人壽保險或儲蓄用作喪葬費的銀行帳戶?
☐ 是 ☐ 否

如果回答是,請填寫本節。如果回答否,請進入下一節 **(信託)**。

請提交一份信託合約、信託證書、保單或獨立喪葬帳戶副本。

(您) 喪葬合約 ☐ 是(數額 \$) ☐ 否	喪葬信託 ☐ 是(數額 \$) ☐ 否
喪葬人壽保險 ☐ 是(數額 \$) ☐ 否	獨立喪葬帳戶 ☐ 是(數額 \$) ☐ 否
墓地 ☐ 是 ☐ 否	保險公司
銀行名稱	保單號碼
帳號	

(您的配偶) 喪葬合約 ☐ 是(數額 \$) ☐ 否	喪葬信託 ☐ 是(數額 \$) ☐ 否
喪葬人壽保險 ☐ 是(數額 \$) ☐ 否	獨立喪葬帳戶 ☐ 是(數額 \$) ☐ 否
墓地 ☐ 是 ☐ 否	保險公司
銀行名稱	保單號碼
帳號	

信託

10. 您或您的配偶是否是任何信託的讓與人/捐贈人、受託人或受益人? ☐ 是 ☐ 否
11. 您、您的配偶或代表您或您的配偶的其他人(包括法院或行政機構)是否將您或您的配偶擁有的收入或資產存入信託?
☐ 是 ☐ 否

如果您對以上任何一個問題回答是,請填寫本節。

如果您對以上問題回答否,請進入**步驟6:醫療保險資訊**

請提交信託文件、任何修訂本、顯示財務活動的文件和受益人明細表副本。

信託名稱	可撤銷嗎？ ☐ 是 ☐ 否	目前信託本金 \$
入住機構日期的信託本金* \$	受託人	
讓與人/捐贈人	受益人	
信託名稱	可撤銷嗎？ ☐ 是 ☐ 否	目前信託本金 \$
入住機構日期的信託本金* \$	受託人	
讓與人/捐贈人	受益人	

* 填寫入住醫療機構日期的信託本金數額。

步驟 6 醫療保險資訊

MassHealth規章要求會員獲取和保持可獲得的醫療保險，包括透過雇主提供的醫療保險。為了確定您和您的家庭成員是否有資格繼續獲得MassHealth，我們可能要求您和您的僱主提供有關您獲得僱主贊助的醫療保險承保的附加資訊。您必須合作，提供保持資格所需的資訊，包括提供獲取或保持可獲得的醫療保險的證據，否則您的MassHealth福利可能被終止。請參閱《年長者指南》，瞭解更多資訊。

- 本申請表中所列的任何人士是否有資格獲得來自工作的醫療承擔、但沒有註冊參加？ ☐ 是 ☐ 否
即使該保險是來自另一個人的工作(例如配偶)，即使該人士不住在家中，亦請回答是。
如果回答是，您需要填寫和包括**增補表D：來自工作的醫療承保**以及本申請表的其餘部分。
這是州立雇員福利計劃嗎？ ☐ 是 ☐ 否
- 是否有任何人有資格獲得或已註冊參加以下類型的醫療承保？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，請勾選承保類型，並在該人士享有的承保旁填寫該人士的姓名。
即使該保險是來自另一個人(例如配偶)，即使該人士不住在家中，亦請回答是。
☐ 已註冊參加Medicare或有資格參加無保費Medicare Part A計劃。
姓名 _____ Medicare索賠號碼 _____
承保何時開始？(月/日/年) _____
a. 該人士有Medicare Part D計劃嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，承保何時開始？(月/日/年) _____
b. 該人士有Medigap/Medicare補充保單嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，請填寫承保計劃名稱 _____ 承保何時開始？(月/日/年) _____
姓名 _____ Medicare索賠號碼 _____
承保何時開始？(月/日/年) _____
a. 該人士有Medicare Part D計劃嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，承保何時開始？(月/日/年) _____
b. 該人士有Medigap/Medicare補充保單嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，承保計劃名稱 _____
承保何時開始？(月/日/年) _____
上述任何人士是否希望申請獲得支付Medicare Part B保費的幫助？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，姓名 _____

如果您勾選以下任何一項計劃，請在下方提供詳細說明。

- ☐ 有資格參加**Peace Corps**
- ☐ 有資格參加**TRICARE** (如果您有直接護理或公務，請勿勾選。)
- ☐ 已註冊參加**退伍軍人事務部 (VA) 保健計劃**
- ☐ **MassHealth**
- ☐ **其他承保** (包括COBRA和退休人保健計劃)

享受承保的家庭成員姓名 _____

保單號碼或會員個人身份號碼	開始日期和終止日期？(月/日/年)
☐ 註冊參加雇主承保計劃。如果本申請表中是否有任何人註冊參加雇主承保計劃，您必須填寫和包括 增補表D：來自工作的醫療承保。	
雇主名稱	計劃名稱
享受承保的家庭成員姓名	
保單號碼或會員個人身份號碼	開始日期和終止日期？(月/日/年)

步驟 7 保健償還計劃

家中是否有任何人獲得其雇主提供的保健償還計劃 (HRA)？ ☐ 是 ☐ 否

個人姓名 出生日期

雇主姓名

聯邦稅收代碼

雇主提供的HRA類型 ☐ 合格小雇主保健償還計劃 (QSEHRA) ☐ 個人承保保健償還計劃 (ICHRA)

開始日期 終止日期 填寫最高年度本人承保福利數額：

如果您有合格小雇主保健償還計劃 (QSEHRA)，您是否計劃使用雇主提供的QSEHRA家庭承保福利？ ☐ 是 ☐ 否

如果您有QSEHRA，填寫透過QSEHRA獲得的最高年度家庭承保福利數額：

家中是否有任何人計劃接受自己的雇主提供的個人承保保健償還計劃 (ICHRA) 福利？ ☐ 是 ☐ 否

個人姓名 出生日期

雇主姓名

聯邦稅收代碼

雇主提供的HRA類型 ☐ 合格小雇主保健償還計劃 (QSEHRA) ☐ 個人承保保健償還計劃 (ICHRA)

開始日期 終止日期 填寫最高年度本人承保福利數額：

如果您有合格小雇主保健償還計劃 (QSEHRA)，您是否計劃使用雇主提供的QSEHRA家庭承保福利？ ☐ 是 ☐ 否

如果您有QSEHRA，填寫透過QSEHRA獲得的最高年度家庭承保福利數額：

家中是否有任何人計劃接受自己的雇主提供的個人承保保健償還計劃 (ICHRA) 福利？ ☐ 是 ☐ 否

步驟 8 個人護理員服務

向年滿65歲或以上、不打算入住長期護理設施的人提供的服務

如需瞭解有關個人護理員 (PCA) 服務以及如果您確實需要接受PCA服務填寫本PCA一節會對我們作出您是否能獲得MassHealth的決定會有何種影響的更多資訊，請閱讀隨附的《年長者指南》中的「個人護理員」一節。

- 您或您的配偶需要接受個人護理員服務嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，請填寫本節，並回答所有的問題。如果回答否，請進入**步驟10：閱讀和簽署本申請表**。
- 您或您的配偶是否曾在過去六個月內接受由MassHealth付款的個人護理員服務？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答是，請進入**步驟10：閱讀和簽署本申請表**。如果回答否，請回答本節中的以下問題。

3. 您或您的配偶是否有永久性或長期殘障？ 您 ☐ 是 ☐ 否 您的配偶 ☐ 是 ☐ 否
- a. 如果回答是，您（或您的配偶）的殘障是否阻礙您（或您的配偶）從事您的（或您的配偶的）日常生活活動，例如洗澡、進食、如廁、穿衣等（除非有人對您（或您的配偶）提供身體上的幫助）？ 您 ☐ 是 ☐ 否 您的配偶 ☐ 是 ☐ 否
- b. 如果回答是，您（或您的配偶）是否計劃與MassHealth個人護理管理（PCM）機構聯繫，請求接受個人護理員服務？
您 ☐ 是 ☐ 否 您的配偶 ☐ 是 ☐ 否

注意：您必須在MassHealth決定您有資格參加MassHealth或您不能從特殊PCA規定受益日期後的90天內與PCM機構聯繫。MassHealth可向您的某些家庭成員付費，讓該家庭成員擔任您的個人護理員。

對以上問題3中的所有問題回答「是」的每一名配偶必須填寫自己的「增補表C：個人護理員」。已隨附一份該增補表副本。如果您需要另一份副本，請打電話給MassHealth客戶服務部，電話號碼(800)841-2900，TTY：(800)497-4648。如果您（或您的配偶）不向我們提交填寫的PCA增補表，我們將按照您不需要接受PCA服務來確定您的MassHealth資格。

步驟 9 附加 (供選用) 承保 — 對像為年齡在65歲以下的已婚人士

只有在您已婚且與您的配偶住在一起的情況下，才需要填寫本節。提出申請的一名配偶必須年齡在65歲以下，且家中沒有年齡在19歲以下的子女。請為年齡在65歲以下的配偶回答以下問題。

如果本節適合您，您希望瞭解有關收入標準的更多資訊和可能適合您的其他資訊，請打電話給我們索取《年長者指南》，電話號碼(800)841-2900，TTY：(800)497-4648。如果本節對您不適用，請進入**步驟10：閱讀和簽署本申請表**。

乳腺癌或宮頸癌 (選擇填寫) (僅限年齡在65歲以下的人。)

1. 您患有乳腺癌或宮頸癌嗎？ ☐ 是 ☐ 否
MassHealth對需要接受乳腺癌或宮頸癌治療的人有特殊承保規定。
- 如果回答是，我們將給您寄送一份證明，由您的醫生填寫，證明您的乳腺癌或宮頸癌診斷。然後，MassHealth可查看您的MassHealth福利是否使您獲得最多的承保福利。
- 姓名：_____

艾滋病病毒(HIV)資訊 (選擇填寫) (僅限年齡在65歲以下的人。)

2. 您是HIV陽性嗎？ ☐ 是 ☐ 否
如果您是HIV陽性，您可能有資格獲得額外承保或福利。
- 姓名：_____

步驟 10 閱讀和簽署本申請表

我代表本人和本申請表中所列的所有人表示，我理解、代理和同意以下各項。

MASSHEALTH和HEALTH CONNECTOR申請者

- 如果保險符合MassHealth支付保費援助的標準，MassHealth可能會要求合格人士註冊參加可利用的僱主贊助的醫療保險。
- 可依照MassHealth規定，就醫院或社區保健中心向合格人士提供的、由Health Safety Net付款的任何服務，向合格人士的僱主發出通知和寄送帳單。
- 我可能需要為本人和本申請表中所列的其他人支付醫療承保保費。不支付任何應繳納的保費可能導致州政府從負責支付保費的人的退稅中扣除欠付的數額。如果我是美國印第安人或阿拉斯加原住民，我可能無需為MassHealth支付保費。
- MassHealth有權向第三方追討和索取付款，此類第三方可能有義務為向註冊參加MassHealth計劃的合格人士提供的醫療服務付款。此類第三方可能包括其他醫療保險公司、配偶、有義務支付醫療費用的父母或有義務在事故和解中付款的個人。合格人士必須與MassHealth合作，建立第三方支援，並為自己和他們能夠合法指定權利的任何人獲得第三方付款。如果合格人士相信並告知MassHealth合作可能對自己或他們合法指定權利的任何人造成傷害，則可以免除此項義務。

5. 未成年子女的父母及/或監護人必須同意與州政府合作，從缺席父母處獲得醫療費用，除非他們相信並告知MassHealth合作會對子女或父母或監護人造成傷害。
6. 在事故中受傷或以其他方式受傷、並因該事故或受傷從第三方獲得錢款的合格人士必須使用該筆款項償還MassHealth或Health Safety Net提供的某些服務費用。
7. 合格人士必須在10個日曆日內或盡快以書面形式將因事故或受傷而提起的任何保險索賠或訴訟通知MassHealth或Health Safety Net。
8. 在需要治療、付款、運營或管理上述計劃時，可能與醫院、社區保健中心、其他醫療服務提供者或聯邦或州立機構分享本申請表的狀況。
9. 在法律許可的範圍內，在獲得通知和上訴機會後，MassHealth可以對合格的MassHealth會員擁有的或會員對其擁有合法權益的任何房地產設置留置權。如果該會員正在護理設施或其他醫療機構中接受長期護理，且MassHealth確定沒有合理預期該會員會返回家中。如果MassHealth對此類財產設置留置權，但該財產其後被出售，則出售該財產的錢款可用於償還MassHealth提供的醫療服務費用。
10. 在法律許可的範圍內，除非屬於例外情況，對於任何年齡在55歲或以上的合格人士，或MassHealth幫助其支付療養院或其他醫療機構長期護理費用的任何合格人士（無論多大年齡），MassHealth將在合格人士去世後從其遺產中收取錢款，用於支付總護理費用。有關財產追回的更多資訊，請查閱網站mass.gov/EstateRecovery。
11. 合格人士必須在得知變化後的10個日曆日內告知他們註冊的醫療保健計劃自己或自己家庭的收入或就業、家庭人口、醫療保險承保、醫療保險保費和移民身份的任何變化，或本申請表或任何增補表中的任何其他資訊的變更。合格人士可撥打以下電話號碼作出更改**(800) 841-2900**，TTY: (800) 497-4648，供聾人、聽力障礙者或語言障礙者使用。資訊的變化可能會影響這些人或其家庭成員的資格。
12. MassHealth、Massachusetts Health Connector和Health Safety Net將從合格人士的當前和前僱主和醫療保險公司獲得有關此類人士的醫療保險承保的所有資訊。這包括但不限於有關保單、保費、共同保險、免賠額以及這些人或其家庭成員可能或應該能夠獲得的承保福利的資訊。
13. MassHealth、Massachusetts Health Connector和Health Safety Net可能從聯邦和州資料來源和計劃獲取有關本申請表中所列個人的記錄或資料，例如社會安全管理局、國稅局、國土安全部、地方稅務局和機動車輛登記處，以及包括金融機構在內的私人資料來源，以便 1) 證明本申請表中提供的任何資訊和任何補充資料，或一旦某人成為會員後提供的其他資訊，2) 記錄索賠或提供給此類人士的醫療服務，以及 3) 支持資格延續。
14. 關於資格和註冊程序，MassHealth、Massachusetts Health Connector和Health Safety Net可能向本申請表中的其他人發送包含本申請表中所列人士個人資訊的通知，或以其他方式將此類資訊傳送給此類人士。
15. 根據聯邦法律，不允許基於種族、膚色、原國籍、性別、年齡、性取向、性別認同或殘障進行歧視。我可以透過網站 www.hhs.gov/ocr/office/file 提出歧視投訴。
16. 我同意允許Massachusetts Health Connector使用收入資料（包括稅表中的資訊）確定我今後的資格。有關Health Connector如何使用您的納稅資訊的更詳細資訊，請查看Health Connector隱私權政策。Massachusetts Health Connector將向我發出通知，允許我更改我的資格申請表。我理解，如果我有資格獲得預付保費稅收抵免（APTC）和/或參加ConnectorCare，這些付款將直接支付給我選擇的保險公司。接受APTC及/或ConnectorCare可能會影響我的年度納稅額。我將可以選擇用我可能有資格獲得的任何APTC數額的全部或部分款項支付我的每月保費，或不用任何APTC款項支付我的每月保費。

您可以以下任何一種方式報告變更。

- 從網站 MAhealthconnector.org 登入您的帳戶。如果您還沒有線上帳戶，您可以創建線上帳戶。
- 請將變更資訊送交至：
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780.
- 將變更資訊傳真至：**(857) 323-8300**

我同意以下陳述。

- 我已經閱讀或已經有人向我閱讀本申請表中的資訊，包括任何補充資料和說明頁面；我理解《年長者醫療保健承保指南》包括重要資訊。
- 我已獲得本申請表中所列的所有人（或其父母或其他合法授權代表）的許可，可以提交本申請表。我還獲得許可代表他們填寫本申請表和處理任何相關的資格程序。這可能包括：
 - 提供有關他們的個人資訊，包括健康、醫療承保和收入資訊，此類資訊可能由Massachusetts Health Connector、MassHealth和Health Safety Net提供，並按照本申請表中的說明代表他們使用和披露他們的資訊；
 - 對Massachusetts Health Connector、MassHealth或Health Safety Net的承保選項和通信方式作出選擇；
 - 更改申請表或相關資格文件，並提供有關其情況任何變化的資訊；並且
 - 代表他們同意使用政府和私人來源驗證本申請表中所述的資訊。
- 我理解我的權利和責任以及步驟10中解釋的本申請表中所列所有個人的權利和責任。
- 我已告知或將告知本申請表中所列的所有人（或其父母或法律授權代表，（如適用））這些權利和責任，以便他們理解這些權利和責任。
- 我理解並同意MassHealth、Health Safety Net和Massachusetts Health Connector將以與原始簽名相同的效力對待電子或傳真簽名或簽名副本。

■ 我理解MassHealth

- 根據聯邦法律和州法可以要求提供社會安全號碼；
 - 使用社會安全號碼查看收入和其他資訊，以便瞭解哪些人有資格獲得醫療承保費用幫助；
 - 使用社會安全號碼發現欺詐，查看是否有人重複領取福利，或查看其他人是否應該為服務付費；
 - 將家中正在申請的任何人的社會安全號碼和家中有或可以獲得醫療保險的任何人的社會安全號碼與機構和金融機構的檔案進行對照。
- 我理解，如果MassHealth支付任何人的部分醫療保險保費，MassHealth會將社會安全號碼或該投保人的社會安全號碼添加到州審計長的供應商檔案中。
 - 我理解，我家中的投保人必須有有效的社會安全號碼才能領取MassHealth的付款。
 - 根據我對本人和本申請表中所列的其他人的瞭解，我提供的資訊正確完整。
 - 如果我故意提供虛假或不真實的資訊，我可能會受到聯邦法律的處罰。

如果有人沒有社會安全號碼或者需要有人幫助申請社會安全號碼，請電洽社會安全局，電話號碼（800）772-1213，TTY:（800）325-0778，或查閱網站 www.socialsecurity.gov。如需查看如何使用您的社會安全號碼的全面解釋，請查閱《年長者醫療保健承保指南》。

供補充營養援助計劃 (SNAP) 申請人使用

補充營養援助計劃 (SNAP) 福利

如果您勾選了第1頁中的方框，MassHealth會將本申請表送給過渡援助部 (DTA)。 **本申請表將用作您的SNAP申請！** 如果您符合資格，您的SNAP將從DTA收到本MassHealth申請表之日開始。您在下方的簽名表示，您同意您已經閱讀並同意SNAP計劃規定的您的權利、責任和處罰。

如果您符合以下條件，在DTA收到本申請表後的7天內，您可能會有資格獲得SNAP福利：

- 您的收入和銀行存款加起來低於您的每月住房費用，或者
- 您的月收入低於150美元，並且您的銀行存款不超過100美元，或者
- 您是季節工，您的銀行存款不超過100美元。

有關麻薩諸塞州SNAP的更多資訊，請查閱網站mass.gov/SNAP。

過渡援助部(DTA)權利、責任和處罰通知

本通知列出了所有DTA計劃的權利和責任。您必須遵守您申請的計劃規定。

請閱讀這些內容，並自行留存。

如果您有任何問題，請告知DTA。

我作出以下宣誓，如有不實願受作偽證之處罰：

- 我已經閱讀本表中的資訊，或已有人讀給我聽。
- 據我所知，我在本表中的回答是真實和完整的。
- 我將在面試期間和今後向DTA提供據我所知真實和完整的資訊。

我理解：

- 提供虛假或誤導性資訊是欺詐行為，
- 為獲得DTA福利歪曲或隱瞞事實是欺詐行為，
- 欺詐被視為故意違反計劃 (IPV) 行為，並且
- 如果DTA認為我有欺詐行為，可以對我進行民事和刑事處罰。

我還理解：

- DTA將確認我在申請表中提供的資訊。如果有任何虛假資訊，DTA可能會拒絕我的福利。
- 我還可能因提供虛假資訊受到刑事起訴。
- 如果DTA從可靠來源獲得有關我的家庭變化的資訊，我的福利金額可能會變化。
- 我在本表中的簽名表示，我允許DTA確認我的福利資格，包括：
 - 從其他州或聯邦機構、地方住房管理機構、州外福利部門、金融機構和Equifax Workforce Solutions (工作電話) 獲取資訊。我還允許這些機構與DTA分享有關我的家庭福利資格的資訊。
 - 如果DTA使用Equifax提供的有關我的家庭收入的資訊，只要我在DTA做出決定後的60天內提出請求，我有權獲得一份免費Equifax報告副本。我有權質疑報告中的資訊。我可以透過以下方式聯繫Equifax: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (免費電話)
- 我有權獲得我的申請表副本，包括DTA用於決定我的家庭資格和福利金額的資訊。我可以向DTA索取已填妥申請表的電子副本。

DTA將如何使用我的資訊？

我在下方的簽名表示，我允許DTA從以下各方獲取資訊，並分享有關我和我的家庭成員的資訊：

- 銀行、學校、政府、雇主、房東、公用事業公司和其他機構，查看我是否有資格獲得福利。
- 電力、天然氣和電話公司，以便我獲得公用事業折扣。此類公司不得分享我的資訊或將我的資訊用於任何其他目的。
- 住房與社區發展部，為我註冊參加Heat & Eat計劃。該項計劃可幫助人們獲得盡可能多的SNAP福利。
- 中小學教育部，以便我的孩子獲得免費學校餐飲。
- 婦女、嬰兒和兒童 (WIC) 計劃，以便我家中任何5歲以下的孩子或孕婦獲得WIC。
- 美國公民與移民服務部 (USCIS)，核實我的移民身份。來自USCIS的資訊可能會影響我的家庭的資格和DTA福利金額。

注意：即使您因移民身份沒有資格獲得福利，DTA也不會向移民當局報告您，除非您向DTA出示最終驅逐令。

- 稅務局 (DOR)，確認我是否有資格獲得基於收入的稅收抵免，例如勞動收入和有限收入，並查看我是否有資格獲得「不納稅身份」或困難身份。
- 兒童與家庭部 (DCF)，協調DTA和家庭服務部 (DCF) 聯合提供的服務。

DTA如何使用社會安全號碼 (SSN) ？

允許DTA根據《2008年食品與營養法案》(7 U.S.C. 2011-2036) 為SNAP和根據M.G.L.c.18第33節因有受撫養子女家庭過渡援助計劃 (TAFDC) 和年長者、殘障人士和兒童緊急援助計劃 (EAEDC) 要求提供SSN。DTA使用SSN：

- 透過資料匹配程式查看我申請的每名家庭成員的身份和資格。
- 監控遵守計劃規定的狀況。
- 如果DTA聲稱我領取了我沒有資格獲得的福利，向我收回款項。
- 幫助執法機構抓捕逃避法律的人。

我理解我不必向DTA提供我的家中任何不希望申請福利的非公民 (包括我本人) 的SSN。即使非公民沒有領取福利，非公民的收入也可能計算在內。

獲得口譯員服務的資格

我理解：

- 如果我願意用英語以外的語言交流，我有權獲得DTA提供的免費專業口譯員服務。
- 如果為我安排了DTA聽證會，我可以要求DTA為我安排免費專業口譯員，或者如果我願意，我可以自帶口譯員。如果我需要DTA為我安排口譯員參加聽證會，我必須至少在聽證會日期前提前一週打電話通知聽證部。

登記投票的權利

我理解：

- 我有權透過DTA登記投票。
- 如果我需要幫助，DTA將幫助我填寫選民登記申請表。
- 我可以私下填寫選民登記申請表。
- 申請登記或拒絕登記投票不會影響我的DTA福利。

就業機會

我同意DTA可以與就業與培訓服務提供者分享我的姓名和聯繫資訊，包括：

- SNAP Path to Work服務提供者或為SNAP客戶服務的DTA專家；以及
- 為TAFDC客戶服務的簽約就業與培訓服務提供者或就業輔導員。

SNAP客戶可透過SNAP Path to Work計劃自願參加教育與就業培訓服務。

公民身份

我宣誓，所有申請DTA福利的家庭成員在美國公民或有合法居住權的非公民。

補充營養援助計劃

我理解：

- DTA負責管理麻薩諸塞州的SNAP計劃。
- 當我向DTA提交申請(透過打電話、上網、親自前往或寄郵件或發傳真)時，DTA從收到我的申請之日起有30天的時間決定我是否符合資格。
 - 如果我有資格獲得加急(緊急) SNAP，DTA必須在收到我的申請之日起7天內向我提供SNAP，並確保我有電子福利轉帳(EBT)卡。
 - 在以下情況下，我有權與DTA主管交談：
DTA認為我沒有資格獲得緊急SNAP福利，但我不同意。
我有資格獲得緊急SNAP福利，但在我申請SNAP後的第7天沒有獲得福利。
我有資格獲得緊急SNAP福利，但在我申請SNAP後的第7天沒有收到EBT卡。
- 當我獲得SNAP時，我必須遵守某些規定。當我獲得SNAP批准時，DTA將給我一份「您的知情權」手冊和SNAP計劃手冊。我會閱讀這些手冊或請人讀給我聽。如果我有任何問題或需要有人幫助閱讀或理解這些資訊，我可以打電話給DTA，電話號碼1-877-382-2363。
- 將我的家庭的變化通知DTA：
 - 如果我是SNAP簡化報告家庭，在中期報告或重新認證到期之前，我不必向DTA報告大部分變化。我必須盡快報告的唯一情況是：
如果我的家庭收入超過總收入限額(列在我的批准通知上)。我必須在我的收入超過限額月份後的月份的第10天之前報告這一變化。
如果我必須滿足無受扶養人健全成人(ABAWD)工作規定，並且我的工時降至每週20小時以下。
 - 如果我家中的每個人都年滿60歲、殘障或未滿18歲，並且沒有人有工作收入，我唯一需要報告的情況是：
如果有人開始工作，或者
有人加入或離開我的家庭。
我必須在發生變化月份後的月份的第10天之前報告這些變化。
 - 如果我因為我的TAFDC停止而透過替代過渡福利(TBA)獲得SNAP，在我獲得TBA的5個月內，我無需向DTA報告任何變化。
 - 如果我透過Bay State CAP獲得SNAP，則無需向DTA報告任何變化。

如果我和我家中的每個人都獲得現金援助(TAFDC或EAEDC)，我必須在變化發生後的10天內向DTA報告某些變化。請參閱有受撫養子女家庭過渡援助計劃(TAFDC)和年長者、殘障人士和兒童緊急援助計劃(EAEDC)下方的「我何時需要將我的家庭變化通知DTA？」。

如果我報告並提供以下DTA證明，我可以隨時獲得更多SNAP福利：

- 子女或其他受撫養人的護理費用、住所費用及/或公用事業費；
- 我(或我家中的某個人)依法必須支付給非家庭成員的子女撫養費；以及
- 我的家庭成員(包括我自己)中60歲或以上或殘障人士的醫療費用。

SNAP客戶的工作規定：如果您獲得SNAP福利並且年齡在16至59歲之間，除非您獲得豁免，您可能需要滿足一般SNAP工作規定或ABAWD工作規定。DTA會通知我和我的家庭成員是否需要滿足任何工作規定、有哪些豁免以及如果我們不滿足規定會怎樣。

如果您需要遵守SNAP工作規定，您必須：

- 在申請和重新認證SNAP時登記申請工作。您在簽署SNAP申請表或重新認證表時登記。
- 當DTA詢問時，向DTA提供有關您的就業狀況的資訊。
- 如果由DTA轉介，向雇主報告。
- 接受工作邀請(除非您有充分的理由不接受)。
- 不得無故辭掉每週超過30小時的工作。
- 不得無故將您的工時減少到每週30小時以下。

SNAP規定

- 不得為獲得SNAP福利提供虛假資訊或隱瞞資訊。
- 不得交易或出售SNAP福利。
- 不得更改EBT卡以獲得您沒有資格獲得的SNAP福利。
- 不得使用SNAP福利購買不合格的物品，例如酒精飲料和煙草。
- 不得使用他人的SNAP福利或EBT卡，除非您是經授權代表，或者福利接受者允許您代表他們使用他們的EBT卡。

SNAP處罰警告

我理解，如果我或我的任何SNAP家庭成員故意違反上述任何規定，則該個人在第一次違規後的一年內、第二次違規後的兩年內以及第三次違規後永遠喪失獲得SNAP的資格。該個人還可能被處以最高達250,000美元的罰款、最高20年的監禁或二者併罰。根據聯邦和州法律，他們還可能被起訴。

我還理解以下處罰。如果我或我的SNAP家庭成員：

- 在現金計劃中犯有故意違反計劃(IPV)行為，則將在沒有資格獲得現金援助的同時期也沒有資格獲得SNAP福利。
- 為獲得多項SNAP福利，對自己的身份或居住地作出欺詐性聲明，則在十年內沒有資格獲得SNAP福利。
- 用SNAP福利換取(買賣)受控物質/非法藥物，則將在第一次違規後的兩年內和第二次違規後永遠喪失獲得SNAP的資格。
- 用SNAP福利換取(買賣)槍支、彈藥或爆炸物，則將永遠喪失獲得SNAP的資格。
- 在網上或親自出售SNAP福利或EBT卡，州政府可能會對他們提出IPV起訴。

- 支付賒購食品的費用，則沒有資格獲得SNAP福利。
- 用SNAP福利購買產品，其意圖是丟棄產品內裝物，並返還容器以獲取現金，則沒有資格獲得SNAP福利。
- 在因重罪定罪後為了逃避起訴、拘留或監禁逃跑，則沒有資格獲得SNAP福利。
- 違反緩刑或假釋規定，執法部門正在積極尋求逮捕他們，則沒有資格獲得SNAP福利。

任何在2014年2月7日之後被定罪的重罪犯，如果根據7 CFR § 273.11(n)是逃跑的重罪犯或違反緩刑或假釋規定，且作為以下成年人被定罪，則沒有資格獲得SNAP福利：

1. 根據《美國法典》第18篇第2241節的規定，犯有嚴重性虐待罪；
2. 根據《美國法典》第18篇第1111節的規定，犯有謀殺罪；
3. 根據《美國法典》第18篇第110章的規定，犯有任何罪行；
4. 涉及性侵犯的聯邦或州犯罪，例如《1994年暴力侵害婦女法案》(VAWA) (42 U.S.C. 13925a) 第40002(a)節定義的犯罪；或者
5. 司法部長認定的、州法規定的、與本列表中描述的犯罪基本相似的犯罪。

禁止歧視聲明

根據聯邦民權法和美國農業部 (USDA) 的法規和政策，美國農業部、其下屬機構、辦事處和雇員以及參與或管理美國農業部計劃的機構不得基於種族、膚色、原國籍、性別、宗教信仰、殘障、年齡、政治信仰進行歧視，或對美國農業部開展或資助的任何計劃或活動中以前的民權活動進行報復。

需要其他溝通方式獲取計劃資訊 (例如盲文、大字體、錄音帶、美國手語等) 的殘障人士，應與申請福利的 (州或地方) 機構聯繫。耳聾、有聽力或語言障礙的個人可透過聯邦中繼服務與美國農業部聯繫，電話號碼1-800-877-8339。此外，可能用英語以外的語言提供計劃資訊。

如需提交計劃歧視投訴：

- 填寫美國農業部計劃歧視投訴表 (AD-3027)，可在以下網站查找該表：ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html，亦可在任何一個美國農業部辦公室索取該表。您可以撥打電話號碼(866) 632-9992，索取投訴表；或者
- 寫信給美國農業部，並在信中包括表格中要求的所有資訊。

用以下方式將填妥的表格或信件送交給美國農業部：

- 郵寄：
U.S. Department of Agriculture,
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights,
1400 Independence Avenue,
SW Washington, D.C. 20250-9410；或者
- 傳真：(202) 690-7442；或者
- 電子郵件：program.intake@usda.gov

本機構是機會均等服務提供者。

有受撫養子女家庭過渡援助計劃 (TAFDC) 和年長者、殘障人士和兒童緊急援助計劃 (EAEDC)

TAFDC和EAEDC是現金援助計劃。如需瞭解更多資訊和申請，請查閱網站DTAConnect.com，或打電話給您當地的DTA辦事處。以下資訊僅適用於正在申請或獲得TAFDC或EAEDC的家庭。

我何時需要將我的家庭的變化通知DTA？

我必須在10天內將可能影響我的TAFDC或EAEDC (現金福利) 的變化通知DTA，但我不必將我每月收入低於100美元的變化通知DTA。這包括我的收入、資產、地址、與誰同住、家庭人口、工作和健康保險變化。

我如何獲得健康保險？

- 如果我獲得TAFDC或EAEDC，我也會獲得MassHealth。
- 如果我的TAFDC或EAEDC申請被拒，MassHealth將根據我的資訊確定我是否有資格獲得健康保險。
- 如果我的EAEDC中止，我需要單獨申請MassHealth。如需申請，請電洽1-800-841-2900。

如果我獲得MassHealth，即表示我同意MassHealth可以：

- 收取因我的醫療護理其他來源欠付我的錢款，以及
- 獲取任何接受MassHealth福利的19歲以下子女的不同住父母提供的醫療支援。

如果我僅因事故或受傷而符合資格，是否有特殊規定？

如果我的家人因事故或受傷從MassHealth或DTA獲得福利，我必須使用我因事故或受傷獲得的任何款項償還他們。該款項可能來自保單、和解或任何其他來源。即使我尚不瞭解可能的資金來源，此項規定也適用。

我同意透過以下方式與MassHealth和DTA合作：

- 向其他來源提出索賠。
- 將任何保險索賠、訴訟或其他獲得資金的程序立即告知MassHealth和DTA。
- 當我獲得新資訊時，向MassHealth和DTA提供新資訊。

如果我不合作，MassHealth和DTA可能會停止或拒絕我的福利。我同意MassHealth和DTA可以：

- 分享有關我的福利的資訊，以便收款用於償還這些福利。
- 查看關於我因事故或受傷可能獲得的錢款的所有記錄，例如工業事故部的記錄。

如果我因殘障或超過65歲獲得EAEDC，我必須申請聯邦補充安全收入 (SSI) 福利。如果我在獲得EAEDC的同時獲得SSI福利批准，社會安全管理局會將我的部分追溯SSI送給DTA，用於償還EAEDC。

關於法律和您的福利的重要通知

故意違反計劃 (IPV) 是為了獲得或保持TAFDC或EAEDC福利的資格，或獲得我沒有權利享有的福利，故意以口頭或書面方式提供虛假或誤導性陳述或歪曲、隱藏或隱瞞事實。

如果法院、行政資格取消聽證會 (或透過簽署棄權書) 認定我犯有IPV過失，我將被取消獲得TAFDC或EAEDC福利的資格，期限為：

- 第一次違規6個月
- 第二次違規12個月
- 第三次違規永久性

此外，還可能適用其他法律。

禁止用EBT卡購買的物品

我理解，使用電子福利轉帳 (EBT) 卡中的TAFDC或EAEDC資金支付以下物品是違法行為：酒精飲料；煙草產品；彩票；面向成人的材料或表演；賭博；槍支和彈藥；假期服務；紋身；身體穿孔；珠寶；電視；立體聲音響；先租後買商店的視頻遊戲或遊戲機；娛樂大麻；法院規定的費用；罰款；保釋金。

禁止在何處使用我的EBT卡

我理解，在以下地點使用我的電子福利轉帳 (EBT) 卡是非法行為：成人書店；成人用品店或面向成人的表演場所；彈藥經銷商；賭場；賭博娛樂場所或博彩場所；遊輪；槍支經銷商；珠寶店；酒類商店；美甲店或美容店；向國外匯款的機構；娛樂大麻店或紋身店。

禁止的EBT卡現金購物處罰

- 第一次違規：我必須向DTA償還花費的金額。
- 第二次違規：我必須向DTA償還花費的金額，並喪失兩個月的現金福利。
- 第三次違規：我必須向DTA償還花費的金額，並永久性喪失現金福利。

在本申請表中簽名。

在本申請表中簽名 — 必須簽名

透過在下方簽署本申請表，我特此證明，據我所知我在本申請表中提交的資訊和陳述真實完整，如有虛假甘願受到作偽證之處罰，並且我同意接受和遵守上述權利和責任。

如果我在本申請表第1頁中說明我在申請補充營養援助計劃 (SNAP)，我確認，我理解和同意上述SNAP計劃的權利、規定和處罰規定。我請求MassHealth將我的資訊 (包括受《健康保險轉移性和責任法案》(HIPAA) 制約的受保護健康資訊) 送給過渡援助部 (DTA)，用於申請SNAP福利之目的。

僅限MassHealth和Health Connector申請者

如果您以授權代表的身份提交本申請表，您必須向我們提交授權代表指定表 (ARD)，或者有一份存檔表格，以便我們處理本申請表。授權代表指定表 (ARD) 隨附在本申請表的末尾處。

第一位人士或授權代表或負責方的簽名	用大寫字母填寫姓名
.....	日期

如果您的年齡在18歲以下，您是獨立生活的未成年人嗎？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答否，我們需要一位年齡至少18歲的負責方代表您在本申請表中簽名。請在下方提供該人士的資訊。

名	中間名	姓	後綴
社會安全號碼		與您的關係	出生日期
街道地址		公寓/單元號碼	
城市	州	郵遞區號	縣
電話	分機	電話類型	
第二個電話號碼	分機	電話類型	
電子郵件地址			

將您填妥的申請表送交給我們。



將填妥和簽名的申請表郵寄或傳真至：

MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214; 或者
傳真: (617) 887-8799



訪問一個MassHealth登記中心 (MEC)。

如需親自申請或約見MassHealth
服務代表, 請查閱網站
www.mass.gov/masshealth/appointment。

選民登記

本申請表隨附選舉登記表, 亦可在以下網站查找該表: **www.sec.state.ma.us**。亦可在以下網站查閱有關如何登記參加選舉的更多資訊: **www.sec.state.ma.us**。如果您對選民登記程序有任何疑問, 或者需要向您提供填表幫助, 請前往您所在地的MassHealth註冊中心, 或者打電話給MassHealth客戶服務部, 電話號碼 **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648。

申請登記或拒絕登記參加選舉不會影響本機構向您提供的援助數額。如果您希望有人幫助您填寫選民登記申請表, 我們會提供幫助。您自行作出尋求或接受幫助的決定。您可以私下填寫申請表。

如果您認為有人干涉您的登記或拒絕登記參加選舉的權利、或決定登記或申請登記參加選舉的隱私權、或選擇您自己的政黨或其他政治偏好的權利, 您可以向以下機構提交投訴:

Secretary of the Commonwealth, Elections Division
One Ashburton Place
Room 1705
Boston, MA 02108
電話: (617) 847-2828 或 (800) 462-8683

如果您或申請表中的任何其他人在沒有在您現在的居住地登記參加選舉, 您願意今天登記參加選舉嗎? ☐ 是 ☐ 否

如果您沒有勾選任何一個方框, 您則被視為決定目前不登記參加選舉。

- 您是否需要在療養院之類的設施內接受長期護理？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，您必須回答所有的問題，並填寫本增補表中的所有欄目。

- 您是否正在根據基於家庭和社區的服務豁免計劃申請或獲取家中長期護理服務？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，您需要填寫「資源轉讓」一節和「長期護理保險」一節。

請用大寫字母清楚地填寫。 請回答所有的問題，並填寫所有的欄目。如果您在填寫任何欄目時需要更多紙頁，請另附一頁紙（請在該頁紙上填寫您的姓名和社會安全號碼），並隨附在本增補表中。

申請人/會員資訊

姓、名、中間名縮寫		社會安全號碼
醫院、護理設施或其他機構名稱和地址		
入住日期(月/日/年)	您是被另一個州安排在此入住的嗎？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答是，哪一個州？	

1. 您是否需要向法院任命的監護人支付監護費？ ☐ 是 ☐ 否

配偶和家庭成員在家中居住的生活費

(如果您在申請基於家庭和社區的服務豁免計劃，請勿填寫本節。)

您的住在家中的配偶可能能夠留下您的部分收入。請填寫以下有關您的配偶目前生活費的資訊。如果您沒有配偶，請進入下一節(資源轉讓)。

請提交您的配偶目前生活費證明。

配偶的姓、名、中間名縮寫		社會安全號碼
2. 您的配偶每月為以下每項支付多少錢： 租金？_____ 抵押貸款(本金和利息)？_____ 房主/租戶保險？_____ 房地產稅？_____ 共管公寓或共有公寓必須繳納的維護費？_____ 輔助生活膳宿費？_____		
3. 您的配偶支付暖氣費嗎？ ☐ 是 ☐ 否		
4. 您的配偶支付公用事業費嗎？ ☐ 是 ☐ 否		
5. 是否有子女、父母、兄弟及/或姐妹與您的配偶同住？ ☐ 是 ☐ 否		
如果回答是，請填寫本節。如果回答否，請進入下一節(資源轉讓)。		
請提交 他們的扣除前每月收入證明。可能允許因他們的生活需求有扣除額。這些人必須與您或您的配偶有親屬關係，你們其中一人必須在聯邦所得稅表中將他們申報為受撫養人。		
姓名		社會安全號碼
關係	出生日期(月/日/年)	扣除前每月收入 \$
姓名		社會安全號碼
關係	出生日期(月/日/年)	扣除前每月收入 \$

資源轉讓(資源包括收入和資產)

6. 在過去60個月內：

- 是否有任何可供您或您的配偶使用或屬於您或您的配偶的物業曾被轉入信託或從信託中轉走？ ☐ 是 ☐ 否
- 您、您的配偶或代表您或您的配偶的人是否曾轉讓收入或收入權？ ☐ 是 ☐ 否
- 您、您的配偶或代表您或您的配偶的人是否曾轉讓、更改所有權、放棄或出售任何資產，包括您的住房或其他房地產？
☐ 是 ☐ 否
- 您、您的配偶或代表您或您的配偶的人是否曾更改任何房地產的契約或所有權，包括建立生前遺產權(即使該生前遺產權是在另一個人的住房內購買的)？ ☐ 是 ☐ 否
- 如果您在另一個人的住房內購買了生前遺產權，您在購買了該生前遺產權之後是否在該住房內至少居住一年？
☐ 是 ☐ 否
- 您、您的配偶或代表您或您的配偶的人是否曾在您擁有的任何財產的契約中增加另一個人的姓名？ ☐ 是 ☐ 否
- 您、您的配偶或代表您或您的配偶的人是否曾收到或向任何人提供任何財產或其他資產的抵押貸款、貸款或承兌票據？ ☐ 是 ☐ 否
- 您、您的配偶或代表您或您的配偶的人是否曾購買或以任何方式改動年金？ ☐ 是 ☐ 否

如果您對以上任何一個問題回答「是」，您必須填寫以下各項，並將此類資訊的證明送交給我們。

資產/收入說明		轉讓日期(月/日/年)
接受轉讓的人	與您或您的配偶的關係	轉讓數額 \$
資產/收入說明		轉讓日期(月/日/年)
接受轉讓的人	與您或您的配偶的關係	轉讓數額 \$
資產/收入說明		轉讓日期(月/日/年)
接受轉讓的人	與您或您的配偶的關係	轉讓數額 \$

7. 您、您的配偶或代表您或您的配偶的人是否向任何醫療保健或居住設施(例如，輔助生活設施、持續護理退休人社區或生活護理社區)提供存款？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**，請告訴我們設施名稱和地址及存款數額，回答以下問題，並將您與該設施簽署的合約以及有關該存款的任何文件**副本送交給我們**。

設施名稱 _____

設施地址 _____ 數額 \$ _____

- 該設施是否仍然擁有該存款？ ☐ 是 ☐ 否
- 該設施是否已歸還該存款？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**，請告訴我們從該設施獲得存款的人的姓名和地址。

人名 _____

地址 _____

房地產

對以下問題的回答將被用於確定是否：(1) 您的房地產將被視為資產；或者 (2) 將對您的房地產設置留置權。

注意：如果您的主要居所的淨資產超過某一限額，除非滿足某些條件，否則您可能沒有資格獲得長期護理服務付款。

8. 您或您的配偶是否對您的住房擁有或有法定權益 (包括生前遺產權)？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**，請填寫以下資訊，並回答問題9-15。如果回答**否**，請僅回答問題15。

所有權文件中人士的姓名和地址 _____

財產地點說明和地址 _____

所有權類型 (勾選一項)

☐ 個人 (公平市價) \$ _____ ☐ 共有財產 (公平市價) \$ _____

☐ 聯合財產 (公平市價) \$ _____ ☐ 生前遺產權 (公平市價) \$ _____

所有權文件中人士的姓名和地址 _____

財產地點說明和地址 _____

所有權類型 (勾選一項)

☐ 個人 (公平市價) \$ _____ ☐ 共有財產 (公平市價) \$ _____

☐ 聯合財產 (公平市價) \$ _____ ☐ 生前遺產權 (公平市價) \$ _____

9. 您是否有配偶？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**是**，請填寫本節。

姓名 _____ 該人士是否住在您的家中？ ☐ 是 ☐ 否

10. 您是否有永久性和完全殘障或失明的子女？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**是**，請填寫本節。

姓名 _____ 該人士是否住在您的家中？ ☐ 是 ☐ 否

11. 您是否有年齡在21歲以下的子女？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**是**，請填寫本節。

姓名 _____ 出生日期(月/日/年) _____ 該人士是否住在您的家中？ ☐ 是 ☐ 否

12. 您是否有在您入住醫療機構之前在您的家中居住至少一年的、對您的住房擁有合法權益的兄弟或姐妹？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**是**，請填寫本節。

姓名 _____ 該人士是否住在您的家中？ ☐ 是 ☐ 否

13. 您是否有在您入住醫療機構之前至少在過去兩年內住在家中、並照護您使您能夠住在家中的兒子或女兒？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**是**，請填寫本節。

姓名 _____ 該人士是否住在您的家中？ ☐ 是 ☐ 否

14. 您是否有受撫養的親屬？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**是**，請填寫本節。

姓名 _____ 該人士是否住在您的家中？ ☐ 是 ☐ 否

請描述與該受撫養人的關係和性質： _____

15. 您是否計劃返回自己的家中？ ☐ 是 ☐ 否

(如果您在申請基於家庭和社區的服務豁免計劃，請勿回答這個問題。)

16. 您或您的配偶是否在以上第8項中未列出的**其他**房地產中擁有或有法定權益？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**，請在下方描述該物業，並列出該物業的地址。

如果您需要更多紙頁填寫，請另附一頁紙。

長期護理保險

17. 您或您的配偶是否有長期護理保險？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**是**，請填寫本節。如果回答**否**，請進入下一節**(稅表)**。

提交一份保單副本。

公司名稱/保單號碼

保單持有人姓名	生效日期(月/日/年)	保費數額 \$
---------	-------------	---------

公司名稱/保單號碼

保單持有人姓名	生效日期(月/日/年)	保費數額 \$
---------	-------------	---------

稅表

18. 您或您的配偶在過去兩年中提交了美國所得稅表嗎？(請勾選一項)

☐ 是，兩年均已提交 ☐ 是，其中一年提交 ☐ 否，兩年都沒有提交

如果回答「是」，您必須**提交**這些稅表的**副本**。如果您沒有保存一份或多份這些稅表的副本，**您必須提交填寫和簽名的國稅局第4506號表**。第4506號表隨附在本申請表的末尾處。

在本增補表中簽名

透過在下方簽署本增補表，我特此證明，據我所知我在本增補表中提交的資訊和陳述真實完整，如有虛假甘願受到作偽證之處罰，並且我同意接受和遵守上述權利和責任。

重要提示：如果您以授權代表的身份提交本增補表，您必須向我們提交「授權代表指定表」(ARD)，以便我們處理本申請表。**填寫本表很重要，因為這是我們可以與您討論本申請表的唯一方法。**

申請人/會員或授權代表簽名	用大寫字母填寫姓名	日期

如果您或一名家庭成員是美洲印第安人或阿拉斯加原住民，請填寫本增補表。

請告訴我們有關您的美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成員的情況。

美洲印第安人和阿拉斯加原住民可從印第安人保健服務部、部落保健計劃或城市印第安人保健計劃接受服務。他們還可能無需支付費用分攤，並可以有特殊每月註冊期。請回答以下問題，以確保您的家庭成員獲得盡可能多的幫助。

注意：如果您需要包括更多的人，請複印本頁，並隨附在本表中。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成員 (AI/AN) 第一位人士

1. 姓名 (名、中間名、姓) _____
2. 聯邦認可的部落成員嗎？
☐ 是 ☐ 否
 如果回答是，部落名稱 _____
3. 麻薩諸塞州認可的部落成員嗎？
☐ 是 ☐ 否
 如果回答是，部落名稱 _____
4. 該人士是否曾從印第安人保健服務部、部落保健計劃或城市印第安人保健計劃或透過這些計劃的轉介接受服務？
☐ 是 ☐ 否
 如果回答否，該人士是否有資格從印第安人保健服務部、部落保健計劃或城市印第安人保健計劃或透過這些計劃的轉介接受服務？
☐ 是 ☐ 否
5. 接受的某些錢款可能需要計入MassHealth。請列出在您的申請表中報告的任何收入 (數額和頻率)，包括以下來源的錢款：
 來自部落的人均付款，這些付款來自自然資源、使用權、租賃或特許權使用費；
 內政部指定為印第安人信託土地的自然資源、農業、牧業、漁業、租賃或特許權使用費 (包括保留地和以前的保留地)；或者
 來自出售具有文化意義物品的錢款。
 \$ _____ 頻率？ _____

美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成員 (AI/AN) 第二位人士

1. 姓名 (名、中間名、姓) _____
2. 聯邦認可的部落成員嗎？
☐ 是 ☐ 否
 如果回答是，部落名稱 _____
3. 麻薩諸塞州認可的部落成員嗎？
☐ 是 ☐ 否
 如果回答是，部落名稱 _____
4. 該人士是否曾從印第安人保健服務部、部落保健計劃或城市印第安人保健計劃或透過這些計劃的轉介接受服務？
☐ 是 ☐ 否
 如果回答否，該人士是否有資格從印第安人保健服務部、部落保健計劃或城市印第安人保健計劃或透過這些計劃的轉介接受服務？
☐ 是 ☐ 否
5. 接受的某些錢款可能需要計入MassHealth。請列出在您的申請表中報告的任何收入 (數額和頻率)，包括以下來源的錢款：
 來自部落的人均付款，這些付款來自自然資源、使用權、租賃或特許權使用費；
 內政部指定為印第安人信託土地的自然資源、農業、牧業、漁業、租賃或特許權使用費 (包括保留地和以前的保留地)；或者
 來自出售具有文化意義物品的錢款。
 \$ _____ 頻率？ _____

增補表 C 個人護理員



請用大寫字母清楚地填寫。請填寫所有欄目。如果您在填寫本表中的任何欄目時需要更多紙頁，請另附一頁紙（請在該頁紙上填寫姓名和社會安全號碼），並隨附在本表中。

郵寄至：MassHealth Enrollment Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
或傳真至：(857) 323-8300

申請人/會員資訊

姓	名	中間名首字母縮寫	電話號碼 ()
社會安全號碼	出生日期 (月/日/年)		性別 ☐ 男 ☐ 女
街道地址	城市	州	郵遞區號

有關您的健康問題的資訊

請在下方列出並描述您的醫療和精神健康問題。請包括任何使您難以從事日常生活活動的問題，例如洗澡、進食、如廁、穿衣等，即使您沒有因該問題接受治療。

1. _____
2. _____
3. _____

有關您需要接受身體(動手)幫助的日常生活活動的資訊

請在下表中告訴我們您是否需要另一個人動手幫助您完成以下日常生活活動。如果您對以下任何一項勾選**是**，請告訴我們您需要接受幫助的頻率。

日常生活活動	您是否需要有人動手幫助？	您 每天 需要有人動手幫助幾次？	您 每週幾天 需要有人動手幫助？
活動能力(從床上坐到椅子上、步行或使用經批准的醫療設備)	☐ 是 ☐ 否		
服藥	☐ 是 ☐ 否		
沐浴(洗盆浴、床上擦浴、洗淋浴或坐在座椅上洗淋浴)或一般梳洗(例如，刷牙或梳頭)	☐ 是 ☐ 否		
穿衣/脫衣	☐ 是 ☐ 否		
活動範圍鍛鍊(透過活動鍛鍊關節)	☐ 是 ☐ 否		
進食	☐ 是 ☐ 否		
如廁(例如，坐到抽水馬桶上或從抽水馬桶上起身、便後擦淨、脫下和拉上褲子或換尿片)	☐ 是 ☐ 否		

看護資訊

請告訴我們目前幫助您的人的姓名以及與您的關係。

看護姓名	與您的關係(例如，親屬、鄰居、個人護理員)
看護姓名	與您的關係(例如，親屬、鄰居、個人護理員)

我確認，據我所知，本表中提供的資訊準確完整，如有虛假甘願受到作偽證之處罰。

如果您代表某人填寫本表，則還必須填寫「授權代表指定表」，並將其隨本表一起送回。您在本表中作為授權代表的簽名則表示，據您所知，本表中提供的資訊準確完整。

X _____
申請人/會員或授權代表簽名 用大寫字母填寫姓名 日期

增補表 D 來自工作的醫療承保



如果家中有人有資格接受來自工作的醫療承保(無論他們是否註冊參加該承保),請回答以下問題。請為每一份提供承保的工作隨附一份本頁副本。

請告訴我們有關提供承保的工作的資訊

僱員資訊

1. 僱員姓名(名、中間名、姓)	2. 僱員社會安全號碼 ____ - ____ - ____
3. a. 本申請表中是否至少有一人目前有資格參加或已參加該僱主提供的承保,或者本申請表中是否至少有一人在今後三個月內將有資格參加該僱主提供的承保? ☐ 是 ☐ 否 如果對3a回答是,請繼續填寫。如果對3a回答否,請停下,跳過增補表D的其餘部分。	
b. 如果任何人在等候期或試用期,該人士何時能夠註冊參加承保?(月/日/年) _____	

雇主資訊

4. 雇主名稱	5. 聯邦稅號(如知道) ____ - ____ - ____	
6. 雇主地址	7. 雇主電話號碼 ()	
8. 城市	9. 州	10. 郵遞區號
11. 我們可以就雇員在該工作中的醫療承保與誰聯繫?		
12. 電話號碼(如果與以上電話號碼不同)	13. 電子郵件地址	

請告訴我們有關該雇主提供的保健計劃的情況

14. 該雇主是否提供符合最低價值標準的保健計劃*? ☐ 是 ☐ 否
15. a. 向雇員提供的最低成本雇員本人保健計劃的名稱是什麼? _____
b. 該雇主提供的保健計劃是否符合承保最低價值標準? ☐ 是 ☐ 否
c. 雇員必須為符合最低價值標準的最低成本計劃支付多少保費?請僅告訴我們個人(本人)的保健計劃費用,並非家庭保健計劃的費用。 \$ _____
d. 雇員應支付該數額的頻率有多高?或者雇員支付該數額的頻率有多高? _____
16. 雇主將對新計劃年度作出何種改動(如知道)?
a. 雇主不提供醫療承保。 承保終止日期(月/日/年): _____
b. 該人士計劃退出雇主的醫療承保 承保終止日期(月/日/年): _____
c. 雇主將開始向雇員提供醫療承保,或者更改向雇員提供的符合最低價值標準的最低成本計劃的保費。*(保費應當反映健康計劃的折扣) 雇員必須為符合最低價值標準的最低成本計劃支付多少保費? 僅告訴我們個人(僅限本人)的保健計劃費用,並非家庭保健計劃費用。 \$ _____ 頻率有多高? ☐ 每週 ☐ 每兩週 ☐ 每月兩次 ☐ 每月一次 ☐ 每季度 ☐ 每年 改動日期(月/日/年) _____

* 如果計劃承保的總許可福利成本中的計劃分擔數額至少為此類成本的60%,則雇主資助的保健計劃符合「最低價值標準」(《1986年國內稅收法》第36B(c)(2)(C)(ii)節)。

移民身份和文件類型

申請表中的問題9a/19a詢問非公民人士的移民身份以及證明其移民身份的移民文件類型。填寫問題9a/19a時，請參考以下列表。如果您需要進一步幫助，可在以下網站查閱詳細說明：www.MAhealthconnector.org/immigration-document-types。

合格移民身份

在問題9a/19a的「移民身份」一節，填寫適用於您或您的家庭成員的任何身份。您可以填寫一個以上身份。

- 美亞混血兒
- 獲得庇護
- 古巴海地入境者
- 暫停驅逐出境
- 加拿大或非美國領地出生的美洲原住民
- 難民
- 嚴重非法交易受害者或其配偶、子女、兄弟姐妹或父母
- 伊拉克特殊移民
- 阿富汗特殊移民或某些阿富汗被撤離者
- 1980年以前批准的有條件入境者
- 退伍軍人或現役軍人或其配偶或受撫養人
- 《自由協會契約》(COFA) 移民
- 合法永久居民
- 獲准假釋至少一年
- 受虐配偶或子女(或其父母或子女)
- 非移民身份(簽證)
- 獲准假釋不足一年
- 獲准臨時居民身份

- 獲准臨時受保護身份(TPS)或有就業許可的TPS申請人
- 根據《聯邦法規集》第8章第274a.12(c)款獲得就業許可
- 家庭團聚受益人
- 延期強制離境
- 延期行動身份，兒童入境延期行動(DACA)程序除外
- 根據《聯邦法規集》第8章241款獲准暫緩遞解的行政命令
- 批准的簽證申請(調整身份申請待決)
- 申請庇護或暫緩離境(有就業許可)
- 14歲以下、申請庇護或暫緩離境的申請人(至少180天)
- 根據《反酷刑公約》獲准暫緩離境
- 申請特殊移民青少年(SIJ)身份
- 根據兒童入境延期行動(DACA)遞交申請的申請人或獲准身份
- 我有一份文件，但沒有以上所列的任何身份(根據貌似合法的規定居住的个人/簡稱PRUCOL)

移民文件類型

在問題9a/19a的「移民文件類型」一節，填寫您或您的家庭成員擁有的任何文件類型。您可以列出一種以上移民文件類型。

- 重新入境許可證(I-327)
- 永久居民卡(「綠卡」，I-551)
- 難民旅行文件(I-571)
- 就業授權卡(I-766)
- 機讀移民簽證(臨時I-551語言)
- 臨時I-551簽證章(加蓋在護照或I-94、I-94A上)
- 美國公民與移民服務部簽發的抵達/離境記錄(I-94、I-94A)
- 未失效外國護照的抵達/離境記錄(I-94)
- 未失效的外國護照
- 非移民(F1)學生身份資格證書(I-20)
- 交換訪問學者(J1)身份資格證書(DS2019)
- 行動通知(I-797)/其他 — 附外籍人士號碼
- 行動通知(I-797)/其他 — 附I-94號碼

種族或種族劃分(選擇填寫)請選擇最適合您的選項。請填寫所有適用的項目。

請在第2頁問題5和第7頁問題14中具體說明。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民
(請填寫步驟3和增補表B)

黑人或非裔美國人

白人或白種人

西裔、拉丁裔或西班牙裔

- 古巴人
- 墨西哥人、墨裔美國人或奇卡諾人
- 波多黎各人
- 其他西裔/拉丁裔/西班牙裔

亞裔

- 印度人
- 中國人
- 日本人
- 韓國人
- 越南人
- 其他亞裔

太平洋島民

- 菲律賓人
- 關島人或查莫羅人
- 夏威夷原住民
- 薩摩亞人
- 其他太平洋島民

選擇不回答

對於此處未列出的任何種族或種族劃分，請在第2頁問題5和第7頁問題14中具體說明。

如果您想要指定一位授權代表擔任您的代理，您可以提交本表。如果授權代表為您在申請表中簽名，或者您是代表他人提交申請表的授權代表，您**必須**提交本表，申請才能獲得處理。

如果您住在機構中並希望將資格通知副本寄給您和仍然住在家中的您的配偶，您無需填寫本表。我們會自動這樣做。

註釋：授權代表有權在涉及MassHealth和Health Connector的所有事項中代表申請人或會員行事，並在我們收到終止其授權的取消通知或在申請人或會員去世之前，收到有關申請人或會員的個人資訊。一旦我們開始處理您的申請，授權代表的授權則不會自動終止。

您可以選擇讓其他人幫助您。

您可以選擇一位授權代表幫助您獲得透過MassHealth和Health Connector計劃提供的醫療保健承保。您可以透過填寫本表（授權代表指定表）這樣做。您或授權代表可為您本人及您是其監護家長的、年齡在18歲以下的任何受撫養子女簽名。**不要求您必須有一位授權代表才能申請或接受福利。**

誰可以幫助我？

1. 授權代表可以是朋友、家庭成員、親屬或您選擇的其他同意幫助您的個人或組織。如果您希望有授權代表，則由您自己選擇。MassHealth和Connector不會為您選擇授權代表。您必須以書面形式（填寫第I節第A部分）指定您希望成為您的授權代表的個人或組織。您的授權代表還必須填寫第I節第B部分。我們有時將該個人或組織稱為「第I節授權代表」。
2. 如果您不能以書面形式指定授權代表，並且您目前沒有授權代表或法律授權代表您行事的其他人，保證自己將以負責任的方式代表您行事的個人（並非組織）可成為您的授權代表，該個人須填寫本表的第II節。我們有時將該個人稱為「第II節授權代表」。
3. 授權代表還可以是依照法律任命代表您行事的人或代表已故申請人或會員的遺產管理人行事的人。該人士必須填寫第III節，您或該人士必須將填妥的第III節連同本表及說明該人士有權代表您或已故申請人或會員遺產管理人的相關文件副本送交給我們。我們有時將該人士稱為「第III節授權代表」。
4. **第III節**授權代表可以是法定監護人、管理人、委託書持有人、醫療保健代理人或遺產管理人的個人代表（如果申請人或會員已去世）。

授權代表可以做什麼？

第I節或第II節授權代表可以

- 填寫您的申請表或續延表；
- 填寫其他MassHealth或Health Connector資格表或註冊表；
- 提供這些表格中報告的資訊證明；
- 報告收入、地址或其他情況變更；
- 獲取您的所有MassHealth和Health Connector資格和註冊通知副本；以及
- 在與MassHealth和Health Connector相關的所有其他事宜中代表您行事。

第III節授權代表被授權代表您（或已故申請人或會員的遺產管理人）處理的事宜將取決於法律任命文件中的規定。

請注意：資格通知可能包括有關申請人或會員家庭其他成員的資訊。如果您家中有多名成員，我們可能無法將您的部分通知副本送給您的授權代表，除非每名家庭成員也透過單獨填寫授權代表指定表指定相同的授權代表。

第1節：授權代表指定表(如果申請人或會員能夠簽名)

第A部分 — 由申請人或會員填寫。除簽名外，請用大寫字母填寫。

申請人/會員姓名	申請人/會員的出生日期(月/日/年)
MassHealth ID號碼 _____	或申請人/會員社會安全號碼(SSN)的最後四位數 _____
申請人/會員的電子郵件地址	
我確認，我已經選擇以下個人或組織擔任本人及任何18歲以下、我是其監護家長的受撫養子女的授權代表，並且我理解該個人或組織將承擔的職責和責任(如本表上文所述)。	
申請人/會員簽名	日期
授權代表姓名	授權代表的電話號碼
授權代表的地址(郵寄地址、城市、州、郵遞區號)	

第B部分 — 由授權代表填寫。除簽名外，請用大寫字母填寫。

B1. 如果授權代表是個人，請填寫。

我確認，我將始終對MassHealth或Health Connector提供給我的、有關上述申請人或會員以及(如適用)該申請人或會員的受撫養子女的任何資訊保密。

如果我還是隸屬於組織的服務提供者、工作人員或義工，並且以授權代表身份作為服務提供者、工作人員或義工就與我的指定相關的事宜行事，我確認我將在任何時候遵守有關資訊機密性和利益衝突的所有適用的州立和聯邦法律和法規，包括《聯邦法規集》第42篇第431部分第F分部、《聯邦法規集》第42篇第447.10款和《聯邦法規集》第45篇第155.260(f)款中規定的條款。

授權代表簽名	日期
授權代表姓名(用大寫字母填寫)	授權代表的電話號碼

B2. 如果授權代表是組織，請填寫。

我確認，我代表以下組織將始終對MassHealth或Health Connector提供給本組織的、有關上述申請人或會員以及(如適用)該申請人或會員的受撫養子女的任何資訊保密。

填寫本表的本人 — 以下所列組織的服務提供者、工作人員或義工 — 代表我自己並代表我所代表的組織確認，代表本組織就與本授權代表指定相關的事宜行事的任何服務提供者、工作人員或義工將始終遵守有關資訊機密性和利益衝突的所有適用的州立和聯邦法律和法規，包括《聯邦法規集》第42篇第431部分第F分部、《聯邦法規集》第42篇第447.10款和《聯邦法規集》第45篇第155.260(f)款中規定的條款。

填寫本表的服務提供者、工作人員或義工簽名	日期
填寫本表的服務提供者、工作人員或義工姓名(用大寫字母填寫)	
填寫本表的服務提供者、工作人員或義工的電子郵件	授權代表組織名稱

第2節：授權代表指定表 (如果申請人或會員不能提供書面指定)

由授權代表填寫。除簽名外，請用大寫字母填寫。請為每一名申請人或會員單獨填寫一份表格。

組織沒有資格在本節中成為授權代表。

我確認，下列申請人或會員不能提供書面指定，據我所知，沒有其他人可以代表其行事，例如，現有授權代表、監護人、保管人、遺產管理人個人代表、授權書持有人或援引的醫療保健代理人。此外，我確認，我充分瞭解該申請人或會員的情況，對在資格審查過程中以及與MassHealth或Health Connector的其他溝通過程中代表其作出的陳述的準確性負責，我理解我作為該人士的授權代表的權利和責任(如本表上文所述)。如果該人士能夠理解，我已經告訴該人士，MassHealth和Health Connector將向我發送所有MassHealth和Health Connector資格和登記通知副本，該人士表示同意。我已經告訴該人士，他/她可以採用本表上文所述的方法隨時取消或替換我作為他/她的授權代表的指定。

我進一步確認，我將始終對MassHealth或Health Connector提供給我的、有關以下申請人或會員的任何資訊保密。

如果我還是隸屬於某個組織的服務提供者、工作人員或義工，並且以授權代表身份作為服務提供者、工作人員或義工就與我的指定相關的事宜行事，我進一步確認，我將在任何時候遵守有關資訊機密性和利益衝突的所有適用的州立和聯邦法律和法規，包括《聯邦法規集》第42篇第431部分第F分部、《聯邦法規集》第42篇第447.10款和《聯邦法規集》第45篇第155.260(f)款中規定的條款。

申請人/會員姓名	申請人/會員的出生日期(月/日/年)
MassHealth ID號碼 _____	或申請人/會員社會安全號碼(SSN)的最後四位數 _____
授權代表簽名	日期(月/日/年)
授權代表姓名(名、中間名、姓)	授權代表的電話號碼
授權代表的地址(郵寄地址、城市、州、郵遞區號)	授權代表的電子郵件地址

如果第II節授權代表隸屬於某個組織，並且以該身份行事，被授權代表該組織行事的個人(如管理人員)必須在下方簽名，表明該組織對上述陳述和保證的認可和同意。

管理人員姓名	管理人員職稱
管理人員簽名	日期(月/日/年)

第3節：授權代表指定表(如果依照法律任命)

由依照法律任命的授權代表填寫(有權代表申請人或會員作出與醫療保健有關的決定,包括但不限於監護人、保管人、申請人或會員遺產管理人的個人代表、授權書持有人或援引的醫療保健代理人。)除簽名外,請用大寫字母填寫。請隨本表提交一份相關法律文件副本。

我確認,我將始終對MassHealth或Health Connector提供給我的、有關以下申請人或會員的任何資訊保密。

申請人/會員姓名	申請人/會員的出生日期(月/日/年)
MassHealth ID號碼 _____	或申請人/會員社會安全號碼(SSN)的最後四位數 _____
授權代表簽名	日期(月/日/年)
授權代表姓名(名、中間名、姓)	授權代表的電話號碼
授權代表的地址(郵寄地址、城市、州、郵遞區號)	授權代表的電子郵件地址

如何終止授權代表指定？

如果您決定您不再想要第I節或第II節授權代表,您必須在您希望終止指定時透過郵件、傳真或電話通知我們。請參閱以下聯繫資訊。如果您透過郵件或傳真向我們發出該通知,通知必須包括您的姓名、地址和出生日期、您的授權代表姓名、指定終止聲明和您的簽名、或代表您的人士的簽名(如果您不能提供書面通知)(僅限第II節授權代表)。

此外,如果您的授權代表通知我們該個人或組織已經不再擔任您的代表,我們將不再將該個人或組織視為您的授權代表。

第I節或第II節授權代表指定將在申請人或會員去世時終止。

第III節授權代表指定將在其法律任命結束時終止。授權代表必須按照以上指示通知我們。

此外,未成年子女的授權代表指定將在該名子女18歲生日時終止。

我如何提交本表？

如果您在申請醫療福利,將填妥的授權代表指定表隨您的申請表送交給我們。

如果您已經在接受福利,您必須在您希望指定授權代表或者您希望宣佈的指定終止時向我們送交本表,方法是：

- 將表格郵寄至：
Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;
- 將表格用傳真發送至 1-857-323-8300；或者
- 撥打電話號碼 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648, 供聾人、聽力或語言障礙者使用)。

Request for Copy of Tax Return

- ▶ **Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.**
- ▶ **Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.**
- ▶ **For more information about Form 4506, visit www.irs.gov/form4506.**

OMB No. 1545-0429

Tip. You may be able to get your tax return or return information from other sources. If you had your tax return completed by a paid preparer, they should be able to provide you a copy of the return. The IRS can provide a **Tax Return Transcript** for many returns free of charge. The transcript provides most of the line entries from the original tax return and usually contains the information that a third party (such as a mortgage company) requires. See **Form 4506-T, Request for Transcript of Tax Return**, or you can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Get a Tax Transcript..." or call 1-800-908-9946.

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)
2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return
3 Current name, address (including apt., room, or suite no.), city, state, and ZIP code (see instructions)	
4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions)	
5 If the tax return is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.	

Caution: If the tax return is being mailed to a third party, ensure that you have filled in lines 6 and 7 before signing. Sign and date the form once you have filled in these lines. Completing these steps helps to protect your privacy. Once the IRS discloses your tax return to the third party listed on line 5, the IRS has no control over what the third party does with the information. If you would like to limit the third party's authority to disclose your return information, you can specify this limitation in your written agreement with the third party.

6 Tax return requested. Form 1040, 1120, 941, etc. and all attachments as originally submitted to the IRS, including Form(s) W-2, schedules, or amended returns. Copies of Forms 1040, 1040A, and 1040EZ are generally available for 7 years from filing before they are destroyed by law. Other returns may be available for a longer period of time. Enter only one return number. If you need more than one type of return, you must complete another Form 4506. ▶ _____
Note: If the copies must be certified for court or administrative proceedings, check here ☐
7 Year or period requested. Enter the ending date of the year or period, using the mm/dd/yyyy format. If you are requesting more than eight years or periods, you must attach another Form 4506. _____ _____

8 Fee. There is a \$50 fee for each return requested. Full payment must be included with your request or it will be rejected. Make your check or money order payable to "United States Treasury." Enter your SSN, ITIN, or EIN and "Form 4506 request" on your check or money order.	
a Cost for each return	\$
b Number of returns requested on line 7	
c Total cost. Multiply line 8a by line 8b	\$
9 If we cannot find the tax return, we will refund the fee. If the refund should go to the third party listed on line 5, check here ☐	

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Signature of taxpayer(s). I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax return requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506 on behalf of the taxpayer. **Note:** This form must be received by IRS within 120 days of the signature date.

☐ **Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506.** See instructions.

Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

**Sign
Here**

Signature (see instructions)	Date
Title (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)	
Spouse's signature	Date

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future Developments

For the latest information about Form 4506 and its instructions, go to www.irs.gov/form4506. Information about any recent developments affecting Form 4506, Form 4506-T and Form 4506T-EZ will be posted on that page.

General Instructions

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.

Purpose of form. Use Form 4506 to request a copy of your tax return. You can also designate (on line 5) a third party to receive the tax return.

How long will it take? It may take up to 75 calendar days for us to process your request.

Tip. Use Form 4506-T, Request for Transcript of Tax Return, to request tax return transcripts, tax account information, W-2 information, 1099 information, verification of nonfiling, and records of account.

Automated transcript request. You can quickly request transcripts by using our automated self-help service tools. Please visit us at IRS.gov and click on "Get a Tax Transcript..." or call 1-800-908-9946.

Where to file. Attach payment and mail Form 4506 to the address below for the state you lived in, or the state your business was in, when that return was filed. There are two address charts: one for individual returns (Form 1040 series) and one for all other returns.

If you are requesting a return for more than one year or period and the chart below shows two different addresses, send your request to the address based on the address of your most recent return.

Chart for individual returns (Form 1040 series)

If you filed an individual return and lived in:

Mail to:

Alabama, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Tennessee, Texas, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6716 AUSC
Austin, TX 73301

Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Michigan, Minnesota, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Utah, Washington, Wisconsin, Wyoming

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 37106
Fresno, CA 93888

Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Vermont, Virginia, West Virginia

Internal Revenue Service
RAIVS Team
Stop 6705 S-2
Kansas City, MO 64999

Chart for all other returns

If you lived in or your business was in:

Mail to:

Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin, Wyoming, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address

Internal Revenue Service
RAIVS Team
P.O. Box 9941
Mail Stop 6734
Ogden, UT 84409

Specific Instructions

Line 1b. Enter your employer identification number (EIN) if you are requesting a copy of a business return. Otherwise, enter the first social security number (SSN) or your individual taxpayer identification number (ITIN) shown on the return. For example, if you are requesting Form 1040 that includes Schedule C (Form 1040), enter your SSN.

Line 3. Enter your current address. If you use a P.O. box, please include it on this line 3.

Line 4. Enter the address shown on the last return filed if different from the address entered on line 3.

Note: If the addresses on lines 3 and 4 are different and you have not changed your address with the IRS, file Form 8822, Change of Address. For a business address, file Form 8822-B, Change of Address or Responsible Party — Business.

Signature and date. Form 4506 must be signed and dated by the taxpayer listed on line 1a or 2a. The IRS must receive Form 4506 within 120 days of the date signed by the taxpayer or it will be rejected. Ensure that all applicable lines are completed before signing.



You must check the box in the signature area to acknowledge you have the authority to sign and request the information. The form will not be processed and returned to you if the box is unchecked.

Individuals. Copies of jointly filed tax returns may be furnished to either spouse. Only one signature is required. Sign Form 4506 exactly as your name appeared on the original return. If you changed your name, also sign your current name.

Corporations. Generally, Form 4506 can be signed by: (1) an officer having legal authority to bind the corporation, (2) any person designated by the board of directors or other governing body, or (3) any officer or employee on written request by any principal officer and attested to by the secretary or other officer. A bona fide shareholder of record owning 1 percent or more of the outstanding stock of the corporation may submit a Form 4506 but must provide documentation to support the requester's right to receive the information.

Partnerships. Generally, Form 4506 can be signed by any person who was a member of the partnership during any part of the tax period requested on line 7.

All others. See section 6103(e) if the taxpayer has died, is insolvent, is a dissolved corporation, or if a trustee, guardian, executor, receiver, or administrator is acting for the taxpayer.

Note: If you are Heir at law, Next of kin, or Beneficiary you must be able to establish a material interest in the estate or trust.

Documentation. For entities other than individuals, you must attach the authorization document. For example, this could be the letter from the principal officer authorizing an employee of the corporation or the letters testamentary authorizing an individual to act for an estate.

Signature by a representative. A representative can sign Form 4506 for a taxpayer only if this authority has been specifically delegated to the representative on Form 2848, line 5a. Form 2848 showing the delegation must be attached to Form 4506.

Privacy Act and Paperwork Reduction Act

Notice. We ask for the information on this form to establish your right to gain access to the requested return(s) under the Internal Revenue Code. We need this information to properly identify the return(s) and respond to your request. If you request a copy of a tax return, sections 6103 and 6109 require you to provide this information, including your SSN or EIN, to process your request. If you do not provide this information, we may not be able to process your request. Providing false or fraudulent information may subject you to penalties.

Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation, and cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by section 6103.

The time needed to complete and file Form 4506 will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is: **Learning about the law or the form**, 10 min.; **Preparing the form**, 16 min.; and **Copying, assembling, and sending the form to the IRS**, 20 min.

If you have comments concerning the accuracy of these time estimates or suggestions for making Form 4506 simpler, we would be happy to hear from you. You can write to:

Internal Revenue Service
Tax Forms and Publications Division
1111 Constitution Ave. NW, IR-6526
Washington, DC 20224.

Do not send the form to this address. Instead, see *Where to file* on this page.