



自付醫療費用表

马萨诸塞州过渡援助部

说明：所有年滿 60 周歲者或領取殘障補助金者均可向 DTA 提交自付醫療費用。只需填写您目前有的信息。如果还需其他信息，我们会联系您。请为您的补充营养援助计划 (SNAP) 案例中符合条件的每个人单独填写一份表格。如果您需要更多空间，请附上一张纸。

我所提供的信息在我所知范围内是真实完整的。

年滿 60 周歲者或殘障人士的姓名

DTA 机构 ID

您的签名

日期

您可以通过以下任一方式将此信息提交给 DTA：

- **在线：**DTAConnect.com 或 DTA Connect 移动应用程序
- **电话：**DTA 援助热线 877-382-2363
- **邮寄：**DTA Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780
- **传真：**617-887-8765
- **亲自递送：**在当地 DTA 办公室扫描

重複性醫療費用				
定额手续费	費用	多久一次？（圈选一项）		
☐ 医生、医院	_____ 美元	每周	每月	每年
☐ 牙医	_____ 美元	每周	每月	每年
☐ 物理治疗	_____ 美元	每周	每月	每年
☐ 脊椎治疗	_____ 美元	每周	每月	每年
☐ 心理健康服务	_____ 美元	每周	每月	每年
药店费用	費用	多久一次？（圈选一项）		
☐ 处方药	_____ 美元	每周	每月	每年
☐ 非处方药/用品	_____ 美元	每周	每月	每年
☐ 伤口护理用品	_____ 美元	每周	每月	每年
☐ 成人纸尿裤	_____ 美元	每周	每月	每年
☐ 维生素和草本保健品	_____ 美元	每周	每月	每年

（请翻面继续填写表格）。

医疗用品费用	费用	多久一次? (圈选一项)
☐ 助听器/电池	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 隐形眼镜	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 糖尿病用品	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 粘接剂	_____ 美元	每周 每月 每年

其他健康费用	费用	多久一次? (圈选一项)
☐ 家庭护理或成人日托	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 健身房会员	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 针灸或替代疗法	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 服务性动物费用	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 家政服务	_____ 美元	每周 每月 每年

保险费: 保险公司名称	费用	多久一次? (圈选一项)
☐ 健康: _____	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 药物: _____	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 其他: _____	_____ 美元	每周 每月 每年

出行 (非自驾)	费用	多久一次? (圈选一项)
☐ 出租车、拼车 (Uber、Lyft 等)	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 公共交通/TheRide 无障碍客运服务	_____ 美元	每周 每月 每年
☐ 停车费、通行费	_____ 美元	每周 每月 每年

自驾出行: 如前往医疗机构就诊或前往药店, 往返算作两趟。

服务提供者名称和地址 (街道、城市)	出行趟数	多久一次? (圈选一项)
姓名: _____	_____	每周 每月 每年
地址: _____		
姓名: _____	_____	每周 每月 每年
地址: _____		

其他一次性醫療費用			
一次性费用	费用	一次性费用 (续)	费用
☐ 眼镜	_____ 美元	☐ 通信设备	_____ 美元
☐ 轮椅	_____ 美元	☐ 医疗程序	_____ 美元
☐ 助行器	_____ 美元	☐ 其他 _____	_____ 美元
☐ 义肢	_____ 美元	☐ 其他 _____	_____ 美元
☐ 拐杖	_____ 美元		
☐ 假牙	_____ 美元		