

Medicare 费用帮助

Medicare Savings 计划

本申请旨在了解您是否有资格获得支付 Medicare Part B 保费、Medicare Part A 保费 (如有) 或 Part A 或 Part B 共付额或免赔额的帮助。承保范围取决于您和您的配偶 (如果您已婚) 的收入。

如果您有资格参加 Medicare Savings 计划, 还将为您注册参加 Medicare Part D Extra Help。Extra Help 可帮助支付处方药费用。

您可以使用本申请表申请补充营养援助计划 (SNAP)。SNAP 是一项联邦计划, 帮助您每月购买食品。如果您感兴趣, 请勾选申请表第 1 页中的方框, 阅读第 3 页至第 7 页中的 SNAP 权利和责任, 并在第 2 页签名。然后, 您的申请表将自动送给过渡援助部 (DTA)。您不必申请 SNAP 计划即会考虑让您参加 Medicare Savings 计划。

我可以有多少资产?

马萨诸塞州 Medicare Savings 计划没有资产限额。

我可以有多少收入?

如果您的收入和资产达到或低于此处所列的金额, 您可能有资格从其中一项 Medicare Savings 计划获得帮助。

您是	您的收入达到或低于*
单身个人	\$2,824/每月
已婚夫妇	\$3,833/每月

*收入限额每年 3 月 1 日变更。

您可以在以下网站查找有关收入限额的最新信息: www.mass.gov/service-details/program-financial-guidelines-for-certain-masshealth-applicants-and-members。

当我们计算您的可计入收入时, MassHealth 可能会从您的总收入中扣除某些扣除额。130 CMR 520.012 至 520.014 的法规中描述了这些扣除额。

如果我有资格参加其中一项 Medicare Savings 计划, 我如何获得付款?

如果 MassHealth 发现您有资格获得所有 Medicare Part B 保费付款, 我们将通知 Medicare。

如果您的 Medicare Part B 保费是从您的社会安全福利中扣除, 则不会再从中扣除您的 Medicare 保费。这意味着您的社会安全福利金额将会增加, 增加的金额为曾被扣除用于支付您的 Medicare Part B 保费的金额。

如果您有资格参加 Medicare Part B, 但尚未获得 (或者如果您在以一些其他方式 (例如从 Medicare 收到季度账单) 支付 Medicare Part B 保费), MassHealth 将开始为您支付该账单。需要几个月的时间您的社会安全福利才会增加或者 MassHealth 才会开始支付您的 Medicare 账单。将在您有资格参加 Medicare Savings 计划的月份返还您向 Medicare 支付的 Part B 保费金额。您将获得这笔退款, 就像您现在获得社会安全福利一样。

保险何时开始?

您将收到有关您的保险及其开始时间的通知邮件。您的保险可能会在我们处理您的申请表的首月或最早在该日期前三个月开始。

如果您不合格,通知将告诉您不合格的原因。如果您认为决定错误,您有权提出上诉。书面通知背面列有关于如何上诉的信息。

我们如何使用您的社会安全号码?

除非适用下列一种例外情况,否则您必须向我们提供每名申请的家庭成员的社会安全号码(SSN)或已申请社会安全号码的证明。

例外情况

如果您或您的任何家庭成员符合以下情况,则无需向我们提供 SSN 或已申请 SSN 的证明:

- 享有联邦法律中描述的宗教豁免;
- 仅符合申请非工作 SSN 的资格;或者
- 没有资格申请 SSN。

我们使用您的 SSN 核查您向我们提供的信息。我们还使用 SSN 检测欺诈,查看是否有人获得重复的福利,或者查看其他人(第三方)是否应为服务付费。

我们可能会将您家中正在申请的任何人员以及有医疗保险或可以为任何此类人员获得医疗保险的任何人的 SSN 与机构档案进行匹配,包括以下机构:

- 国税局
- 社会安全局
- 系统性外国人权利验证计划
- Medicare 和 Medicaid 服务中心
- 机动车辆登记处
- 税务部(DOR)
- 过渡援助部
- 工业事故部
- 失业援助部
- 退伍军人服务部人力资源分部
- 特别调查局
- 公共卫生部重要记录和统计资料登记处

- 银行
- 其他金融机构

文件还可以与本州和其他州的社会服务机构以及保险公司、雇主和管理式保健组织的计算机档案进行匹配。此外,MassHealth 可能会从银行和其他金融机构获取您的财务记录(以及您的家庭成员的财务记录(如适用)),以便验证您的财务资源,并以其他方式确定您是 MassHealth 会员期间的资格。

我如何申请 Medicare Savings 计划?

1. 如需申请 Medicare Savings 计划,请填写随附的申请表。如果您的配偶与您住在一起,也请包括有关您的配偶的信息。

2. 在填妥的申请表中签名,并且

寄至: **MassHealth Enrollment Center**
PO Box 4405
Taunton, MA 02780-0968

传真至: **(857) 323-8300**

亲自递送至: **MassHealth Enrollment Center**
The Schrafft Center
529 Main Street, Suite 1M
Charlestown, MA 02120

3. 当我们收到申请表时,我们将进行审核。如果我们需要更多信息,我们会写信或打电话给您。一旦我们收到所需的所有信息,我们将决定是否可以获得福利(以及您的配偶是否可以获得福利(如果他们也在申请))。

4. 您的申请表中附有选民登记表。您无需登记投票即可参加 Medicare Savings 计划。

5. 如果您希望某人以您的经授权代表身份代表您行事,请使用随附的“经授权代表指定表”(ARD)告诉我们。

请注意,本申请表仅适用于 Medicare Savings 计划。如果您希望通过一份申请表来申请所有的 MassHealth 计划(包括支付 Medicare 费用帮助),请联系 MassHealth,电话号码(800) 841-2900, TDD/TTY: 711(如果您失聪或有听力或语言障碍),请求获得完整的申请表,或在以下网站下载相关申请表:www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member。

隐私和保密

MassHealth 致力于为您的个人信息保密。我们掌握的有关任何申请人或会员的所有个人信息(包括医疗数据、健康状况以及您在申请和领取福利期间向我们提供的个人信息)都会得到保密。除非法律或法院命令要求,否则未经您的许可,不得因与 MassHealth 管理无关的目的使用或披露此类信息。

您可以向我们提供书面许可,允许我们将您的个人健康信息用于特定目的或与特定个人或组织分享。您还可以通过填写 ARD、认证申请顾问指定表或辅导员指定表,允许我们与您的经授权代表、认证申请顾问(CAC)或辅导员(如有)分享您的个人信息。

分享信息许可

如果您希望我们与您的经授权代表以外的人分享您的个人健康信息,包括发送您的资格通知,您可以向我们提供书面许可。

如需了解有关 MassHealth 如何使用您的信息、您的权利以及如何给予我们分享您的信息许可的更多信息,请参阅下方“重要表格”部分的“分享信息许可”和“MassHealth 隐私方法通知”表格。

经授权代表

经授权代表是您选择帮助您通过 MassHealth 提供的计划获得医疗保健保险的人。您可以通过填写 ARD 选择经授权代表。经授权代表可以填写您的申请表或资格审查表;提供任何表格中所列信息的证明;报告您的收入、地址或其他情况的变化;获取发送给您的所有 MassHealth 资格通知;并代表您处理与 MassHealth 之间的所有其他事项。

经授权代表可以是您选择的帮助您的朋友、家人或其他个人或组织。如果您愿意,您可以选择一位经授权代表。MassHealth 不会为您选择经授权代表。

您必须在 ARD 中以书面形式指定您希望成为您的经授权代表的个人或组织。该表包括在申请资料中。在大多数情况下,您的经授权代表也必须填写该表。请参阅表格中的说明,了解更多详情。

如果您因精神或身体疾病无法以书面形式指定经授权代表,或者依据法律为您或您的遗产指定了经授权代表,则经授权代表也可以是代表您负责地行事的人。该人士必须填写 ARD 的相关部分。如果该人士已被法律指定代表您,您或该人士还必须向 MassHealth 提交一份相关法律文件,说明该人士可合法代表您或您的遗产。该人士可以是法定监护人、管理人、授权书持有人、医疗保健代理人;或者如果申请人或会员已经去世,则可以是遗产管理人或遗嘱执行人。

重要表格

您可以在我们的网站 www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-mashealth-members 查找以下表格。

- MassHealth 隐私方法通知表
- 分享信息许可表
- 经授权代表指定表(ARD)

您还可以打电话给我们,电话号码 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, 索取任何此类表格。

报告变化

如果您的生活状况有任何变化,包括但不限于收入、资产、地址、医疗保险、移民身份或残障状况,您必须在发生变化后的 10 个日历日内或尽快告诉我们。如果您不告诉我们这些变化,您可能会失去福利。您可以电洽 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, 将任何变化告诉我们。

其他福利

MassHealth 可以直接支付医疗服务费用。如果您符合资格,还可以支付您的 Medicare 共付额和免赔额。如果您的收入和资产低于一定金额,或者您有残障且年龄不满 65 岁,您也许可以获得这些福利。请打电话给我们,电话号码 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, 了解这些福利。

如果您对 Medicare Savings 计划有任何疑问,也可以拨打这个号码。

大多数有 Medicare 和 MassHealth 或 Medicare 和 Medicare Savings 计划的会员可以通过 Medicare 获得处方药费用帮助。如需了解更多信息,请打电话给 Medicare, 电话号码 (800) 633-4227, TDD/TTY: (877) 486-2048, 或访问网站 www.medicare.gov。

Prescription Advantage 提供支付处方药费用的帮助。如需了解有关这些福利的更多信息,请拨打年长者事务执行办公室免费电话 (800) 243-4636, TDD/TTY: (877) 610-0241。

Medicare Savings 计划申请表

供有资格参加 Medicare 的人使用

谁可以使用本申请表?

接受 Medicare 并且仅在寻求支付 Medicare 保费和费用分摊帮助的任何年龄的人。
如果您希望申请其他 MassHealth 福利, 或获得 Medicare 费用援助, 您可以电洽 MassHealth 客户服务部, 电话号码 (800) 841-2900; TDD/TTY: 711 (供失聪者、听力或语言障碍者使用), 索取不同的申请表。或者在以下网站下载相关申请表:
<https://www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member>。

补充营养援助计划 (SNAP)

SNAP 是一项联邦计划, 帮助您每月购买健康食品。
 如果您希望将本申请表送交给过渡援助部, 作为 SNAP 福利申请表, 请勾选本方框。您必须阅读第 3 页至第 6 页中的权利和责任, 并在第 2 页签名才能继续申请。

一般信息

谁在申请? 您 您和您的配偶
如果您和您的配偶住在一起, 即使您的配偶没有申请福利, 您也必须向我们提供有关您的配偶的信息。

您 姓 _____ 名 _____ 中间名首字母 _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

邮寄地址 (如果与以上地址不同) 无家可归者
_____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

出生日期 / / 性别 男 女 电话号码 () _____

首选口语 _____ 首选书面语言 _____

社会安全号码 (SSN) _____ Medicare 索赔号码 _____

您的配偶 姓 _____ 名 _____ 中间名首字母 _____

出生日期 / / 性别 男 女 电话号码 () _____

首选口语 _____ 首选书面语言 _____

社会安全号码 (SSN) _____ Medicare 索赔号码 _____

收入

请为您和您的配偶填写本节。列出每月总收入 (税前和扣除其他扣除额 (例如 Medicare Part B 保费) 前的收入)。

收入来源	税前和扣除扣除额前的每月总收入	
社会安全金	您的收入 \$ _____	您的配偶的收入 \$ _____
养老金	您的收入 \$ _____	您的配偶的收入 \$ _____
联邦退伍军人福利	您的收入 \$ _____	您的配偶的收入 \$ _____
年金或信托	您的收入 \$ _____	您的配偶的收入 \$ _____
股息和/或利息	您的收入 \$ _____	您的配偶的收入 \$ _____
工作收入 (扣除扣除额前)	您的收入 \$ _____	您的配偶的收入 \$ _____
租金收入 (扣除费用后)	您的收入 \$ _____	您的配偶的收入 \$ _____
其他 (请具体说明)	您的收入 \$ _____	您的配偶的收入 \$ _____

在本申请表中签名。

X _____ 日期
申请人或经授权代表签名

X _____ 日期
配偶或经授权代表签名

如果您的配偶与您住在一起, 您和您的配偶均须签名。签名即表示您同意和理解以下内容:

- 通过签署本申请表, 我特此确认, 我已阅读并同意本申请表第 3 至第 6 页中包括的权利和责任。
- 我特此确认, 据我所知, 我在本申请表中提交的内容和陈述真实和完整, 我同意接受并遵守 Medicare Savings 计划的权利和责任, 如有不实愿受作伪证之处罚。
- 如果我已勾选本申请表第 1 页中的 SNAP 方框, 则表示我正在申请 SNAP。我确认, 我理解并同意如下所述的 SNAP 的权利、规则和处罚。我请求 MassHealth 将我的信息 (包括受《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 制约的受保护健康信息) 送交给过渡援助部, 以便申请 SNAP 福利。

重要信息 — 仅供 Medicare Savings 计划申请人使用

如果您以经授权代表的身份提交本申请表, 则必须向我们提交“经授权代表指定表”(ARD) 或已有该表存档, 以便我们处理本申请表。ARD 位于本申请表末尾处。

选民登记信息随附在本资料中。

您无需登记投票即可参加 Medicare Savings 计划。

供 Medicare Savings 计划申请人使用

您许可 MassHealth 获取任何记录或数据,以便证明本申请中提供的任何信息。您理解,您必须告知 MassHealth 您在本申请表中提供的信息的任何变更。您进一步确认,据您所知,本申请表中的信息准确和完整,如有不实愿受作伪证之处罚。

重要信息 — 仅供 Medicare Savings 计划申请人使用

如果您代表某人填写本申请表,您必须填写随附的 ARD,并将填妥的表格与本申请表一起送回。您作为经授权代表在本申请表中的签名确认本申请表中的信息据您所知准确和完整。

如果您认为 MassHealth 的资格决定错误,您有权提出上诉。如果您的福利被拒,您将获得有关如何上诉的信息。

MassHealth 将从您目前和以前的医疗保险公司获取有关您和您的配偶的医疗保险承保的所有信息。这包括但不限于已经、可能或应当向您和您的配偶提供的有关保单、保费、共同保险、免赔额和承保福利的信息。

MassHealth 可能会从联邦和州数据来源和计划(例如,社会安全局、国税局、国土安全部、税务局和机动车辆登记处,以及包括金融机构在内的私人数据来源)获取有关本申请表中所列您和您的配偶的记录或数据,以便 1) 证明在本申请表和任何附件中提供的任何信息,或在您或您的配偶成为会员后提供的其他信息,2) 记录向您或您的配偶索赔或提供的医疗服务,以及 3) 支持持续资格。

供补充营养援助计划 (SNAP) 申请人使用

补充营养援助计划 (SNAP) 福利

如果您勾选了第 1 页中的方框,MassHealth 会将本申请表送交给过渡援助部 (DTA)。**本申请表将用作您的 SNAP 申请!**如果您符合资格,您的 SNAP 福利将从 DTA 收到本 MassHealth 申请表的日期开始。您在下方的签名表示,您确认您已经阅读并同意本项计划规定的您的 SNAP 权利、责任和处罚。

如果您符合以下条件,在 DTA 收到本申请表后的 7 天内,您可能符合资格获得 SNAP 福利:

- 您的收入和银行存款总额低于您的每月住房费用,或者
- 您的月收入低于 150 美元,并且您的银行存款不超过 100 美元,或者
- 您是季节工,您的银行存款不超过 100 美元。

如需了解马萨诸塞州 SNAP 的更多信息,请查阅网站 mass.gov/SNAP。

过渡援助部 (DTA) 权利、责任和处罚通知

本通知列出了所有 DTA 计划的权利和责任。您必须遵守您申请的计划规定。

请阅读这些内容,并自行留存。

如果您有任何问题,请向 DTA 洽询。

我作出以下起誓,如有不实愿受作伪证之处罚:

- 我已经阅读或已有人向我读出本表中的信息。
- 据我所知,我在本表中的回答真实和完整。
- 在面谈期间和今后我将向 DTA 提供据我所知真实和完整的信息。

我了解:

- 给予虚假或误导性信息是欺诈行为。
- 为了获得 DTA 福利误导或隐瞒事实是欺诈行为。
- 欺诈被视为故意违反计划行为 (IPV), 并且
- 如果 DTA 认为我有欺诈行为,DTA 可以对我作出民事和刑事处罚。

我还了解:

- DTA 将验证我在申请表中提供的信息。如果有任何虚假信息,DTA 可能会拒绝我的福利申请。
- 我还可能因提供虚假信息受到刑事起诉。
- 如果 DTA 从可靠来源获得有关我的家庭情况变化的信息,我的福利金额可能会变化。
- 我在本表中的签名表示,我许可 DTA 验证我的福利资格,包括:
 - 从其他州或联邦机构、地方住房管理机构、州外福利部门、金融机构和 Equifax Workforce Solutions (工作电话) 获取信息。我还许可这些机构与 DTA 分享有关我的家庭领取福利资格的信息。
 - 如果 DTA 使用从 Equifax 获得的有关我的家庭劳动收入的信息,只要我在 DTA 做出决定后的 60 天内提出请求,我有权免费获得一份我的 Equifax 报告。我有权质疑报告中的信息。我可以按照以下方式与 Equifax 联系: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146; 1-800-996-7566 (免费电话)。
- 我有权获得一份我的申请表副本,包括 DTA 用于决定我的家庭资格和福利金额的信息。我可以向 DTA 索取一份填妥的申请表电子副本。

DTA 将如何使用我的信息？

我在下方的签名表示，我许可 DTA 从以下各方获取信息，并与之分享有关我和我的家庭成员的信息：

- 银行、学校、政府部门、雇主、房东、公用事业公司和其他机构，以便查看我是否有资格获得福利。
- 电力、天然气和电话公司，以便我获得公用事业折扣。这些公司不能分享我的信息或将我的信息用于任何其他目的。
- 住房和社区发展部，以便帮助我注册参加 Heat & Eat 计划。该项计划可帮助人们获得尽可能多的 SNAP 福利。
- 中小学教育部，以便我的孩子获得免费学校就餐。
- 妇女、婴儿和儿童特别补充营养计划 (WIC)，以便我家中任何 5 岁以下的孩子或孕妇获得 WIC。
- 美国公民与移民服务局 (USCIS)，以便核实我的移民身份。来自 USCIS 的信息可能会影响我的家庭的资格和 DTA 福利金额。
注释：即使您因移民身份没有资格获得福利，除非您向 DTA 出示最终驱逐令，否则 DTA 不会向移民当局报告您。
- 税务部 (DOR)，以便验证我是否有资格获得基于收入的税收抵免，例如劳动收入和有限收入，并查看我是否有资格获得“免税身份”或困难身份。
- 儿童与家庭部 (DCF)，以便协调 DTA 和 DCF 联合提供的服务。

DTA 如何使用社会安全号码 (SSN)？

允许 DTA 根据《2008 年食品和营养法案》(7 U.S.C. 2011-2036) 因申请 SNAP 要求申请人提供 SSN，并允许 DTA 根据《马萨诸塞州普通法》(M.G.L.) 第 18 章第 33 节，因申请有受抚养子女家庭过渡援助计划 (TAFDC) 和年长者、残障人士和儿童紧急援助计划 (EAEDC) 要求申请人提供 SSN。DTA 使用 SSN：

- 通过数据匹配程序查看我申请的每名家庭成员的身份和资格。
- 监控遵守计划规定的状况。
- 如果 DTA 声称我领取了我没有资格获得的福利，向我收回款项。
- 帮助执法机构抓捕逃避法律的人。

我了解，我不必向 DTA 提供我的家中任何不希望申请福利的非公民 (包括我本人) 的 SSN。即使非公民不领取福利，非公民的收入可能计算在内。

要求口译员服务的权利

我了解：

- 如果我愿意用英语以外的语言交流，我有权获得 DTA 提供的免费专业口译员服务。
- 如果为我安排了 DTA 听证会，我可以要求 DTA 为我指派一名免费专业口译员，或者如果我愿意，我可以带人为我翻译。如果我需要 DTA 为我安排口译员参加听证会，我必须在听证会日期前至少提前一周打电话通知听证分部。

登记投票的权利

我了解：

- 我有权通过 DTA 登记投票。
- 如果我需要帮助，DTA 将帮助我填写选民登记申请表。
- 我可以私下填写选民登记申请表。
- 申请或拒绝登记投票不会影响我的 DTA 福利。

就业机会

我同意 DTA 可以与就业和培训服务提供者分享我的姓名和联系信息，包括：

- SNAP Path Work 计划服务提供者或为 SNAP 客户服务的 DTA 专家；以及
- 为 TAFDC 客户服务的签约就业和培训服务提供者或就业辅导员。

SNAP 客户可通过 SNAP Path to Work 计划自愿参加教育和就业培训服务。

公民身份

我起誓，所有申请 DTA 福利的我的家庭成员都是美国公民或有合法居留权的非公民。

补充营养援助计划 (SNAP)

我了解：

- DTA 负责管理马萨诸塞州 SNAP 计划。
- 当我向 DTA 提交申请表时 (通过电话、上网、亲自提交或寄邮件或发传真)，DTA 从收到我的申请表日期起 30 天内决定我是否符合资格。
 - 如果我有资格获得加急 (紧急) SNAP，DTA 必须从收到我的申请表日期起 7 天内向我提供 SNAP，并确保将电子福利转账 (EBT) 卡发给我。
 - 在以下情况下，我有权与 DTA 主管交谈：
 - DTA 认为我没有资格获得紧急 SNAP 福利，但我不同意。
 - 我有资格获得紧急 SNAP 福利，但在我申请 SNAP 7 天后尚未获得福利。
 - 我有资格获得紧急 SNAP 福利，但在我申请 SNAP 7 天后尚未收到 EBT 卡。
- 当我获得 SNAP 时，我必须符合某些规定。当我获得 SNAP 批准后，DTA 将给我一份《您的知情权》手册和 SNAP 计划手册。我会阅读手册或请人读给我听。如果我有任何问题或需要有人帮助阅读或理解这些信息，我可以电洽 DTA，电话号码 1-877-382-2363。
- **将我的家庭情况变化通知 DTA：**
 - 如果我是 SNAP 简化报告家庭，在中期报告或重新认证到期之前，我不必向 DTA 报告大多数变化。我只需尽快报告以下情况：
 - 如果我的家庭收入超过 (在我的批准通知中列出的) 总收入限额。我必须在我的收入超过限额月份后的月份的第 10 天之前报告。

- 如果我必须符合无受抚养人健全成年人 (ABAWD) 工作规定, 并且我的工时降至每周 20 小时以下。
- 如果我家中的每个人都年满 60 岁或以上、残障或未满 18 岁, 并且没有人有工作收入, 我只需报告以下情况:
 - 如果有人开始工作, 或者
 - 有人加入或离开我的家庭。
 - 我必须在发生变化月份后的月份的第 10 天之前报告这些变化。
- 如果我因为 TAFDC 终止, 通过过渡性福利替代计划 (TBA) 获得 SNAP, 我在获得 TBA 的 5 个月内无需向 DTA 报告任何变化。
- 如果我通过 Bay State CAP 获得 SNAP, 则无需向 DTA 报告任何变化。

如果我和我家中的每个人都获得现金援助 (TAFDC 或 EAEDC), 我必须在某些变化出现后的 10 天内向 DTA 报告这些变化。

如果我在任何时候向 DTA 报告以下情况并提供证明, 我可能会获得更多 SNAP 福利:

- 子女或其他受抚养人的护理费用、住房费用和/或公用事业费;
- 我 (或我家中的某个人) 依法必须支付给非家庭成员的子女赡养费; 以及
- 我的家庭成员 (包括我本人) 中 60 岁或以上或残障人士的医疗费用。

SNAP 客户的工作规定: 如果您获得 SNAP 福利并且年龄在 16-59 岁之间, 除非您获得豁免, 否则您可能需要符合一般 SNAP 工作规定或 ABAWD 工作规定。如果我们需要符合任何工作规定, DTA 会通知我和我的家庭成员有哪些豁免以及如果我们不符合规定会怎样。

如果您需要遵守 SNAP 工作规定, 您必须:

- 在申请和重新认证 SNAP 时登记申请工作。您在签署 SNAP 申请表或重新认证表时登记。
- 当 DTA 询问时, 向 DTA 提供有关您的就业状况的信息。
- 如果由 DTA 转介, 向雇主报告。
- 接受工作录取通知 (除非您有充足的理由不接受)。
- 不得没有充足的理由辞掉每周超过 30 小时的工作。
- 不得没有充足的理由将您的工时减少到每周不足 30 小时。

SNAP 规定

- 不得为了获得 SNAP 福利提供虚假信息或隐瞒信息。
- 不得交易或出售 SNAP 福利。
- 不得为了获得您没有资格领取的 SNAP 福利更改 EBT 卡。
- 不得使用 SNAP 福利购买不合格的物品, 例如含酒精饮料和烟草。
- 不得使用他人的 SNAP 福利或 EBT 卡, 除非您是经授权代表, 或者福利接受人许可您代表他们使用他们的卡。

SNAP 处罚警告

我了解, 如果我或我的任何 SNAP 家庭成员故意违反上述任何规定, 该个人将在第一次违规后的一年内、第二次违规后的两年内以及第三次违规后永久丧失获得 SNAP 的资格。该个人还可能被处以最高达 250,000 美元的罚款、最高 20 年的监禁, 或二者并罚。他们还可能根据联邦法律和州法被起诉。

我还了解以下处罚。如果我或我的 SNAP 家庭成员:

- 在**现金计划**中有故意违反计划行为 (IPV), 则将在丧失获得现金援助资格的相同时期内丧失获得 SNAP 的资格。
- 为了**同时**获得多项 SNAP 福利, 对自己的身份或居住地作出欺诈性陈述, 则将在**十年**内丧失获得 SNAP 的资格。
- 用 SNAP 福利换取 (买卖) 受控物质/非法药物, 则将在第一次违规后的**两年**内和第二次违规后**永久**丧失获得 SNAP 的资格。
- 用 SNAP 福利换取 (买卖) 枪支、弹药或爆炸物, 则将**永久**丧失获得 SNAP 的资格。
- 在网上或亲自出价销售 SNAP 福利或 EBT 卡, 州政府可能会对它们提出故意违反计划行为 (IPV) 指控。
- 支付赊购食品的费用则将丧失获得 SNAP 的资格。
- 用 SNAP 福利购买产品, 其意图是丢弃产品内装物, 再退回容器, 以换取现金, 则将丧失获得 SNAP 的资格。
- 在因重罪被定罪后逃跑, 以避免被起诉、拘留或监禁, 则将丧失获得 SNAP 的资格。
- 违反缓刑或假释规定, 执法部门正在积极追捕, 则将丧失获得 SNAP 的资格。

任何在 2014 年 2 月 7 日后被定罪的重罪犯, 如果根据 7 CFR § 273.11(n) 是逃亡重罪犯或违反缓刑或假释规定, **并且**作为以下成年人被定罪, 则将丧失获得 SNAP 福利的资格:

1. 《美国法典》(U.S.C.) 第 18 篇第 2241 节规定的严重性虐待;
2. 《美国法典》(U.S.C.) 第 18 篇第 1111 节规定的谋杀;
3. 《美国法典》(U.S.C.) 第 18 篇第 110 章规定的任何罪行;
4. 涉及性侵犯的联邦或州犯罪, 定义见《1994 年反暴力侵害妇女法案》(VAWA) 第 40002(a) 节 (42 U.S.C. 13925a); 或者
5. 州法规定的、总检察长认定的、与本列表中描述的犯罪基本相似的犯罪。

禁止歧视声明

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策, 本机构禁止基于种族、肤色、原国籍、性别 (包括性别认同和性取向)、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰进行歧视, 或对以前的民权活动进行打击或报复。

可能用英语以外的其他语言提供计划信息。需要以其他交流方式 (例如, 盲文、大字体、录音带、美国手语) 获取计划信息的残障人士应与申请福利的 (州或地方) 机构联系。失聪、有听力或语言障碍的个人可通过联邦中继服务 (电话 (800) 877-8339) 与美国农业部 (USDA) 联系。

如需提交计划歧视投诉, 投诉人应填写 AD-3027 表 (美国农业部计划歧视投诉表), 该表可在线获取: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, 或从任何美国农业部办公室获取, 请电洽 (833) 620-1971, 或写信给美国农业部, 该信函必须包括投诉人的姓名、地址、电话号码以及对指控歧视行为的足够详细的书面描述, 以便向民权助理部长 (ASCR) 通报指控的侵犯民权行为的性质和日期。填妥的 AD-3027 表或信件必须用以下方式提交:

1. 邮寄:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; 或

2. 传真:

(833) 256-1665 或 (202) 690-7442; 或

3. 电子邮件:

FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

本机构是机会均等服务提供者。

如果您希望指定一位经授权代表担任您的代表,您可以提交本表。如果经授权代表代替您签署了您的申请表,或者您是代表其他人申请的经授权代表,您**必须**提交本表,申请才能获得处理。

如果您住在机构中并希望将资格通知发送给您和仍然住在家中的您的配偶,则无需填写本表。我们会自动这样做。

注释:经授权代表有权在与 MassHealth 和 Health Connector 的所有事务中代表申请人或会员行事,并将收到有关申请人或会员的个人信息,直到我们收到终止其授权的取消通知或申请人或会员去世。一旦我们处理了您的申请表,他们的授权不会自动终止。

您可以选择某个人帮助您。

您可以选择一名经授权代表帮助您通过 MassHealth 和 Health Connector 提供的计划获得医疗保健承保。您可以通过填写本表(经授权代表指定表)这样做。您或您的代表可以为您本人以及您作为其监护人的任何年龄未满 18 岁的受抚养子女签名。您**无需指定经授权代表即可提交申请或领取福利**。

谁可以帮助我?

1. 经授权代表可以是您选择的同意帮助您朋友、家人、亲属或其他个人或组织。如果您愿意,您可以选择一位经授权代表。MassHealth 和 Health Connector 都不会为您选择经授权代表。您必须以书面形式(填写第 I 节第 A 部分)指定您希望成为您的经授权代表的个人或组织。您的经授权代表还必须填写第 I 节第 B 部分。我们有时将该个人或组织称为“第 I 节经授权代表”。
2. 如果您不能以书面形式指定经授权代表,并且您目前没有经授权代表或法律授权代表您行事的其他人,确认自己将以负责的方式代表您行事的个人(并非组织)可填写本表第 II 节,成为您的经授权代表。我们有时将该人士称为“第 II 节经授权代表”。
3. 经授权代表还可以是法律任命代表您行事的人或代表已故申请人或会员的遗产管理的人。该人士必须填写第 III 节,您或该人士必须将填妥的第 III 节连同本表和说明该人士有权代表您或已故申请人或会员遗产管理的相关文件副本送交给我们。我们有时将该人士称为“第 III 节经授权代表”。
4. **第 III 节**经授权代表可以是法定监护人、管理人、授权书持有人、医疗保健代理人或遗产管理个人代表(如果申请人或会员已去世)。

经授权代表可以做什么?

第 I 节或第 II 节经授权代表可以

- 填写您的申请表或资格审查表;
- 填写其他 MassHealth 或 Health Connector 资格表或注册表;
- 提供这些表格中报告的信息证明;
- 报告收入、地址或其他情况变更;
- 收到您所有的 MassHealth 和 Health Connector 资格和注册通知;以及
- 代表您处理与 MassHealth 和 Health Connector 相关的所有其他事宜。

第 III 节经授权代表被授权代表您(或已故申请人或会员的遗产管理)处理的事宜将取决于法律任命文件中的规定。

请注意:资格通知可能包括有关申请人或会员家庭其他成员的信息。如果您家中有多名成员,我们可能无法将您的部分通知送给您的经授权代表,除非每名家庭成员也通过单独填写经授权代表指定表指定相同的经授权代表。

第 1 节 经授权代表指定 (如果申请人或会员能够签名)

第 A 部分 — 由申请人或会员填写。除签名外, 请用大写字母填写。

申请人/会员姓名	申请人/会员出生日期 (月/日/年)
MassHealth ID 号码 _____ 或者申请人/会员社会安全号码 (SSN) 的最后四位数 _____	
申请人/会员电子邮件地址	
我确认, 我已选择以下个人或组织作为我本人和我作为其监护人的任何 18 岁以下受抚养子女的经授权代表, 我了解该人士或组织将承担的义务和责任 (如本表上文所述)。	
申请人/会员签名	日期 (月/日/年)
经授权代表姓名	经授权代表电话号码
经授权代表地址 (邮寄地址、城市、州、邮编)	

第 B 部分 — 由经授权代表填写。除签名外, 请用大写字母填写。

B1. 如果经授权代表是个人, 请填写。

我确认, 我将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向我提供的有关上述申请人或会员以及这些申请人或会员的受抚养子女 (如适用) 的任何信息保密。

如果我还是隶属于某个组织的服务提供者、工作人员或志愿者, 并且以服务提供者、工作人员或志愿者的身份就与我的经授权代表指定相关的事宜行事, 我确认我将始终遵守有关信息保密和利益冲突的所有适用州立和联邦法律和法规, 包括《联邦法规集》第 42 篇第 431 部分第 F 分部、《联邦法规集》第 42 篇第 447.10 款和《联邦法规集》第 45 篇第 155.260(f) 款中规定的条款。

经授权代表签名	日期 (月/日/年)
经授权代表用大写字母填写的姓名	经授权代表电子邮件地址

B2. 如果经授权代表是组织, 请填写。

我确认, 作为下列组织的代表, 该组织将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向该组织提供的有关上述申请人或会员以及这些申请人或会员的受抚养子女 (如适用) 的任何信息保密。

我作为下列组织的服务提供者、工作人员或志愿者填写本表, 我代表本人和我代表的组织确认, 与本经授权代表指定相关的代表该组织行事的任何服务提供者、工作人员或志愿者将始终遵守有关信息保密和利益冲突的所有适用州立和联邦法律和法规, 包括《联邦法规集》第 42 篇第 431 部分第 F 分部、《联邦法规集》第 42 篇第 447.10 款和《联邦法规集》第 45 篇第 155.260(f) 款中规定的条款。

填写表格的服务提供者、工作人员或志愿者签名	日期 (月/日/年)
填写表格的服务提供者、工作人员或志愿者用大写字母填写的姓名	
填写表格的服务提供者、工作人员或志愿者的电子邮件	经授权代表组织名称

第 2 节 经授权代表指定表 (如果申请人或会员不能提供书面指定)

由经授权代表填写。除签名外,请用大写字母填写。请为每一名申请人或会员单独填写一份表格。

在本节中,组织没有资格成为经授权代表。

我确认,下列申请人或会员不能提供书面指定,据我所知,没有其他人可以代表其行事,例如,现有经授权代表、监护人、管理人、遗产管理个人代表、授权书持有人或援引的医疗保健代理人。此外,我确认,我充分了解该申请人或会员的情况,对在资格审查过程中以及与 MassHealth 或 Health Connector 的其他沟通过程中代表其作出的陈述的准确性负责,我理解我作为该人士的经授权代表的权利和责任(如本表上文所述)。如果该人士能够理解,我已经告诉该人士,MassHealth 和 Health Connector 将向我发送所有 MassHealth 和 Health Connector 资格和注册通知,该人士表示同意。我已经告诉该人士,他/她可以采用本表上文所述的方法随时取消或替换我作为他/她的经授权代表的指定。

我进一步确认,我将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向我提供的有关以下申请人或会员的任何信息保密。

如果我还是隶属于某个组织的服务提供者、工作人员或志愿者,并且以服务提供者、工作人员或志愿者的身份就与我的经授权代表指定相关的事宜行事,我进一步确认,我将始终遵守有关信息保密和利益冲突的所有适用州立和联邦法律和法规,包括《联邦法规集》第 42 篇第 431 部分第 F 分部、《联邦法规集》第 42 篇第 447.10 款和《联邦法规集》第 45 篇第 155.260(f) 款中规定的条款。

申请人/会员姓名	申请人/会员出生日期 (月/日/年)
MassHealth ID 号码 _____ 或者申请人/会员社会安全号码 (SSN) 的最后四位数 _____	
经授权代表签名	日期 (月/日/年)
经授权代表姓名 (名、中间名、姓)	经授权代表电话号码
经授权代表地址 (邮寄地址、城市、州、邮编)	经授权代表电子邮件地址

如果第 II 节经授权代表隶属于某个组织,并且以该身份行事,被授权代表该组织行事的个人(如管理人员)必须在下方签名,表明该组织对上述陈述和保证的认可和同意。

管理人员姓名	管理人员职称
管理人员签名	日期 (月/日/年)

第 3 节 经授权代表指定表(如果依照法律任命)

由依照法律任命的经授权代表填写(有权代表申请人或会员作出与医疗保健相关的决定,包括但不限于监护人、管理人、申请人或会员遗产管理个人代表、授权书持有人或援引的医疗保健代理人)。除签名外,请用大写字母填写。请随本表提交相关法律文件副本。

我确认,我将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向我提供的有关以下申请人或会员的任何信息保密。

申请人/会员姓名	申请人/会员出生日期 (月/日/年)
MassHealth ID 号码 _____ 或者申请人/会员社会安全号码(SSN)的最后四位数 _____	
经授权代表签名	日期(月/日/年)
经授权代表姓名(名、中间名、姓)	经授权代表电话号码
经授权代表地址(邮寄地址、城市、州、邮编)	经授权代表电子邮件地址

如何终止经授权代表指定?

如果您决定不再需要第 I 节或第 II 节经授权代表,则必须在您希望终止指定时通过邮件、传真或电话通知我们。请查看我们的以下联系信息。如果您将本通知邮寄或传真给我们,该通知必须包括您的姓名、地址和出生日期、您的经授权代表姓名、指定终止声明以及您的签名;或者,如果您无法提供书面通知,代表您的人士(仅限第 II 节经授权代表)的签名。

此外,如果您的经授权代表通知我们该人士或组织不再代表您,我们将不再承认该人士或组织作为您的经授权代表。

第 I 节或第 II 节经授权代表指定将在申请人或会员去世时终止。

第 III 节经授权代表指定在其法定任命结束时终止。经授权代表必须按照上述说明通知我们。

此外,为未成年子女指定的经授权代表在子女 18 岁生日时终止。

我如何送交本表?

如果您在申请保健福利,将填妥的经授权代表指定表随您的申请表送交给我们。

如果您已经在接受福利,您必须在您希望指定经授权代表或者您希望终止声明的经授权代表指定时向我们送交本表,方法是:

- 将表格邮寄至:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
- 将表格用传真发送至 (857) 323-8300;或者
- 打电话给我们,电话号码 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711。