年长者和需要长期护理服务人士的医疗保险续延申请表

如何申请

您可以通过以下任何一种方法提交申请表。

将您填妥和签名的申请表**邮寄**或传真至：

MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214

将您填妥和签名的申请表**传真**至：
(617) 887-8799

传真：(800) 841-2900，TDD/TTY: 711，或 (877) MA ENROLL ([877] 623-6765)

访问网站：mass.gov/how-to/apply-for-masshealth-coverage-for-seniors-and-people-of-any-age-who-need-long-term-care-services

如需与 MassHealth 服务代表预约或亲自申请，请查阅网站：mass.gov/masshealth/appointment。

如需获得您需要的福利，您可以将证明您的家庭收入和资产的文件送交给我们。

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，请勾选第 1 页中的方框，然后阅读第 20-23 页中的 SNAP 权利和责任，并签名。您的申请表将自动送交给过渡援助部。您不必申请 SNAP 即会考虑让您参加 MassHealth。

MASSHEALTH 和 HEALTH SAFETY NET | 谁可以使用本申请表

如果您在马萨诸塞州居住并且符合以下任何条件，这是您的医疗保险申请表：

- 是年满 65 岁或以上并且住在家中的个人
  - 不是 19 岁以下并与您同住的子女的父母
  - 不是与 19 岁以下儿童同住并照顾他们的成年亲属，这些儿童的父母双方都不住在家中，
  - 是每月工作 40 小时或以上或目前在工作并在申请月份前的六个月内已工作至少 240 小时的残障人士，
- 是任何年龄且需要在医疗机构或疗养设施接受长期护理服务的人。
- 是根据某些计划有资格接受长期护理服务以便在家中居住的人。
- 是与其配偶同住的已婚夫妇中的一方，并且
  - 他们及其配偶双方都在申请医疗保险，
  - 没有 19 岁以下的子女与他们同住，并且
  - 配偶一方年满 65 岁或以上且另一方配偶年龄在 65 岁以下（请查阅申请表第 9 步）。

如果您符合以下任何一项例外情况，您应当填写“医疗与牙科保险及帮助支付费用申请表”（ACA-3）。如需索取该申请表，请打电话给我们，电话号码 (800) 841-2900，TDD/TTY: 711。

- 您是 19 岁以下并与您同住的子女的父母，或者
- 您是与 19 岁以下儿童同住并照顾他们的成年亲属，这些儿童的父母双方都不住在家中。

如果您符合以下条件，您还需要填写长期护理附件：

- 住在疗养院、慢性病医院或其他医疗机构等机构中（您可能需要向长期护理设施每月支付一笔费用，称为“患者自付费用”。如需了解更多信息，请参阅《年长者指南》第 13 页。）
- 住在急症医院等待安置到长期护理设施
- 住在您自己的家中并根据家庭和社区服务豁免计划在申请长期护理服务

如果有人帮助您填写本申请表，您可能需要另外填写一份表格，许可该人士代表您行事。请参阅本申请表末尾的“经授权代表指定表”（ARD）。

MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR | 谁可以使用本申请表

如果您在马萨诸塞州居住并且符合以下条件、您的收入达到或低于联邦贫困线 400%、并且符合以下条件，这是您的医疗保险申请表：

- 年满 65 岁或以上；
- 没有因其他原因有资格参加 MassHealth；
- 不在参加 Medicare；并且
- 无法获得满足最低价值要求的容易负担的保健计划。*

*最低价值要求指医疗保险计划至少支付普通参保者医疗保险总费用的 60%。

Health Connector 使用修订的调整后总收入（MAGI）规则来确定资格。

您申请时需要提交的资料

申请 MassHealth、Health Safety Net（HSN）和 Massachusetts Health Connector 时，**必须**随申请表一起送交以下资料。

社会安全号码（SSN）

您必须向我们提交 SSN 或本申请表中的任何人已经申请 SSN 的证明。以下人士可作为例外情况处理：

- 享有联邦法律中描述的宗教豁免的任何人
- 仅符合申请非工作 SSN 的资格的任何人
- 没有资格申请 SSN 的任何人

除非属于例外情况，否则**我们需要所有申请**医疗保险**的人的 SSN。对于不申请医疗保险的人，可选择提供 SSN，但向我们提供 SSN 可以加快申请程序。**我们使用 SSN 查看收入和其他信息，以便了解谁有资格获得医疗保险费用帮助。如果某人没有 SSN 或需要获取 SSN，请电洽社会安全局，电话号码 (800) 772-1213（TTY: (800) 325-0778），或查阅网站 www.socialsecurity.gov。如需了解更多信息，请查阅《年长者指南》。

收入、资产和保险证明

我们将尝试通过电子数据匹配验证其中一些信息，并在需要进一步证明时通知您。如果您随申请表一起送交这些资料，可能会加快申请处理速度。

- 扣除前所有当前收入证明，例如工资单或养老金支票存根副本（您无需送交社会安全金或补充安全收入（SSI）证明，但您必须填写社会安全金和 SSI 收入信息（如适用））。
- 所有资产证明，例如银行账户和人寿保险保单。
- 如果您正在申请医疗设施的长期护理服务，请提供您当前的医疗保险保费账单（例如 Medex）副本。（您无需送交您的 Medicare 卡副本）。
- 任何当前医疗保险的保单号码。
- 向您的家庭提供的任何其他医疗保险的信息。

公民身份/国民身份证明

我们将尝试通过电子数据匹配验证此类信息。如果我们需要进一步证明，我们会通知您。如果您随申请表一起送交这些信息证明，可能会加快您的申请的处理速度。

- 美国公民身份/国民身份证明和身份证明，例如美国护照或美国入籍文件。您还可以使用美国公共出生证作为美国公民身份证明。您还可以使用驾照或政府颁发的其他形式的证件来证明身份。如果您有马萨诸塞州驾照或马萨诸塞州身份证，我们也许能够通过马萨诸塞州机动车辆登记处证明您的身份。一旦您向 MassHealth 提供您的美国公民身份/国民身份和身份证明，您就无需再向我们提供该证明。您必须向我们提供所有申请的家庭成员的身份证明。**已经获得或可以获得 Medicare 或补充安全收入（SSI）的年长者和残障人士，或已经获得残障社会安全金保险（SSDI）的残障人士，无需提供其美国公民/国民身份和身份证明。**（如需获得更多信息，请参阅《年长者指南》第 9 节。）
- 如果您或您的配偶不是美国公民/国民并且正在申请 MassHealth（MassHealth Limited 除外）、Health Safety Net 或 Health Connector 计划，您或您的配偶的所有移民卡（或显示移民身份的其他文件）的双面副本。

有关移民身份和文件类型的更多信息，请参阅第 32 页。

我们为什么要求提供这些信息

我们询问收入和其他信息，以便通知您有资格获得哪些保险以及您是否可以获得任何支付费用的帮助。**我们将按照法律要求对您提供的所有信息保密，并确保其安全。**如需查看 Health Connector 的保密政策，请查阅网站 MAhealthconnector.org。如需查看 MassHealth 的保密政策，请查阅网站 mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-information。

下一步怎么办以及在哪里获得帮助

当我们收到您填妥、签名并注明日期的申请表后，我们将对其进行审核。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信息，我们将就您的资格做出决定，并向您发出书面通知。如果您符合参加 MassHealth 的资格，并且您已支付 MassHealth 在您的资格期内承保的医疗服务费用，请立即向任何医疗保健提供者出示本通知。如果医疗保健提供者确定 MassHealth 将支付这些服务的费用，则服务提供者将退还您支付的费用。

如果您需要有关如何申请的更多信息或者需要为您的也在申请的配偶索取另一份**“附件 C：个人护理员”**，请打电话给我们，电话号码 (800) 841-2900，TDD/TTY: 711。本申请表有其他语言版本。请拨打上面的电话号码索取。

如果您对任何表格或者您需要送交的信息有任何疑问，请打电话给我们，电话号码 (800) 841-2900，TDD/TTY: 711。

年长者和需要长期护理服务人士的医疗保险续延申请表

请用大写字母清楚地填写。请务必回答所有的问题。填写申请表的所有部分以及所有适用的附件。如果您需要更多纸页填写，请在申请表中另附一页纸。将第 1 位人士的姓名和社会安全号码填在任何随附纸页的最上方。对于您的家庭中的每位成员，请将个人姓名填写在他们想要申请的一项或多项计划下方。请参阅《年长者指南》，了解有关这些计划承保的更多信息。

请在本申请表中列出申请医疗保险的每个人的姓名。

☐ **MassHealth 或 Health Safety Net（HSN）**
（如果住在家中、疗养院、辅助生活设施、持续护理退休人社区或生活护理社区，请填写本申请表以及适用于您或任何家庭成员的任何附件。）MassHealth 将查看在本申请表中申请医疗保险的任何人是否符合参加 MassHealth 或 HSN 的资格。

您：_____

配偶：_____

☐ **长期护理和/或**
☐ **家庭和社区服务豁免计划**
（如果根据家庭和社区服务（HCBS）豁免计划申请或获取在家中接受长期护理服务，或者在疗养院或慢性病医院接受长期护理服务，请填写本申请表以及适用于您或任何家庭成员的任何附件，包括全部或部分长期护理附件。）

您：_____

配偶：_____

☐ **Health Connector 计划**
通过 Massachusetts Health Connector 获得的医疗保险不是 MassHealth。如果您有 Medicare，您将没有资格通过 Health Connector 获得任何费用分摊减免或预付保费税收抵免，并且您无法通过 Health Connector 购买保健计划，除非您在有资格获得 Medicare 时已注册参加 Health Connector 计划。如果您有 Medicare，您唯一应当申请 Health Connector 计划的情况是您尚未注册参加 Medicare，但需要支付 Medicare Part A 保费。在这种情况下，您可能有资格通过 Health Connector 获得承保，这可能包括预付保费税收抵免和 ConnectorCare 计划。

您：_____

配偶：_____

注释：年长者全面护理计划（PACE）
一些 MassHealth 会员可能有资格参加年长者全面护理计划（PACE），该项计划通过基于中心的模式为会员提供各类医疗、社交、娱乐和保健服务。请参阅《年长者指南》第 10 页，了解更多信息。

补充营养援助计划（SNAP）是一项联邦计划，可帮助您每月购买健康的食品。

☐ 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 18-23 页中的权利和责任，并在第 24 页中签名，才能继续申请。

您申请 SNAP 福利后会怎样？

- DTA 将很快与您联系，进行电话面谈，并确认您是否可以在 7 天内获得紧急 SNAP。
- DTA 将与您一起核实您的案例信息。
- 如果获得批准，您将获得一张电子福利转账（EBT）卡，用于领取福利。
- 您将在 30 天内收到有关您的决定的通知。

第 1 步 第 1 位人士（您）— 请告诉我们您本人的情况

我们需要家中的一位成年人作为您的申请的联系人。该人士应当是申请表中的人，而不是希望充当申请人联系人的第三方。请参阅本申请表末尾的“经授权代表指定表”（ARD），建立第三方联系人。

1. 名、中间名、姓和后缀			2. 出生日期（月/日/年）
3. 街道地址 ☐ 没有家庭地址。您必须提供邮寄地址。			4. 公寓或单元号码
5. 城市	6. 州	7. 邮政编码	8. 县

9. 这是医院、护理设施或其他机构吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**“是”**，请填写设施名称

10. 邮寄地址 ☐ 如果与街道地址相同，请勾选本方框。	11. 公寓或单元号码

12. 城市	13. 州	14. 邮政编码	15. 县

16. 手机号码	17. 其他电话号码

18. 电子邮件地址	19. 本申请表中列出的人数

20. 如果不是英语，您的首选语言是什么?口语 _____ 书面语言 _____
可能会使用您的首选书面语言与您沟通。如果您没有回复，我们将用英语向您发送通知。

21. 本申请表中有人在监狱或被监禁吗? ☐ 是 ☐ 否
如果该人士将在接下来的 60 天内被释放，请选择“**否**”。
如果选择“**是**”，这是谁?请在此处填写姓名：_____
如果选择“**是**”，该人士在等候审判吗? ☐ 是 ☐ 否

仅供协助注册的人使用

如果您是协助注册的人并为其他人填写本申请表，请填写本节。辅助人员必须填写“辅助人员指定表”。认证申请顾问必须填写“认证申请顾问指定表”。

请勾选一项 ☐ 辅助人员 ☐ 认证申请顾问

名、中间名、姓和后缀	电子邮件地址

组织名称、	组织身份号码	组织电话号码

第 2 步 第 1 位人士 — 请告诉我们您的家庭情况

1. 名、中间名、姓和后缀	2. 与您的关系
	您本人

3. 您出生时的性别是什么? ☐ 男 ☐ 女
这通常是您的出生证上最初列出的性别。

4. 您是在为**您本人**申请医疗或牙科保险吗? ☐ 是 ☐ 否
如果回答“**是**”，请回答第 1 位人士（您本人）第 2 步中的所有问题。
如果回答“**否**”，请回答问题 20（便利设施），然后转入第 5 页的“收入信息”一节。

选择回答：MassHealth 致力于向所有会员提供公平的护理，不考虑其种族、族裔、性别、性取向或所说的语言。请回答问题 5-9，帮助我们满足您的语言和文化需求。您的回答是自愿性的，不会影响您的资格或被用于任何歧视目的。

5. 以下哪些项目最适当地描述您当前的性别认同?请最多选择五项。

性别认同是指个人如何定义和理解自己的性别，例如男性、女性、非二元性别、非常规性别、跨性别者或其他性别。

☐ 男 ☐ 女 ☐ 跨性别男性 ☐ 跨性别女性
☐ 性别酷儿/非常规性别/非二元性别/既非完全男性亦非完全女性
☐ 性别认同未在此处列出。请具体说明_____
☐ 不知道 ☐ 选择不回答

6. 以下哪些项目描述您当前的性取向?请最多选择五项。

性取向描述个人如何定义自己对他人的身体和/或情感吸引力。

☐ 异性恋 ☐ 女同性恋或男同性恋 ☐ 双性恋 ☐ 酷儿、泛性恋或性别质疑
☐ 性取向未列出。请具体说明_____ ☐ 不知道 ☐ 选择不回答

7. 您是西班牙裔或拉丁裔血统或后裔吗?

西班牙裔或拉丁裔是指来自古巴、墨西哥、波多黎各、南美洲或中美洲或其他西班牙文化或血统的人，不分种族。

☐ 是，西班牙裔或拉丁裔 ☐ 否，不是西班牙裔或拉丁裔 ☐ 不知道 ☐ 选择不回答

8. 种族（请参阅第 32 页）_____

种族是指个人对一个或多个社会群体的自我认同。您可以报告多个种族。

9. 族裔（请参阅第 32 页）_____

族裔是指您的背景、传统、文化、祖籍或您或您的家人出生的国家。

10. 您有社会安全号码（SSN）吗? ☐ 是 ☐ 否（如果**不在**申请，则选择回答）

我们需要每个申请医疗保险且有社会安全号码（SSN）的人的 SSN。对于联邦法律中规定的宗教豁免、仅有资格获得非工作 SSN 或没有资格获得 SSN 的任何人，可作为例外情况处理。对于不申请医疗保险的人，可选择是否提供 SSN，但向我们提供 SSN 可以加快申请程序。我们使用 SSN 查看收入和其他信息，以便了解谁有资格获得医疗保险费用帮助。如果某人您在获取 SSN 方面需要帮助，请电洽社会安全局，电话号码 (800) 772-1213，TTY: (800) 325-0778，或查阅网站 **socialsecurity.gov**。

如需获得我们如何使用您的社会安全号码的更多详情，请参阅《年长者医疗保险指南》。

如果回答**"是"**，请告诉我们社会安全号码 ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

如果回答**"否"**，请勾选以下一个原因。 ☐ 患病例外情况 ☐ 刚刚申请 ☐ 非公民例外情况 ☐ 宗教例外情况

您在本申请表中的姓名与您的社会安全卡中的姓名相同吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"否"**，您的社会安全卡中是什么姓名?

_____

名、中间名、姓和后缀

11. 如果您获得预付保费税收抵免（APTC），您同意提交收到抵免纳税年度的联邦税表吗? ☐ 是 ☐ 否

您过去可能不需要或选择不提交税表，但您必须在获得 APTC 的任何年度提交联邦所得税表。您必须对问题 11 勾选**"是"**，才有资格获得 ConnectorCare 或 APTC，帮助支付您的医疗保险费用。**如果您符合资格，则无需提交税表即可申请或获得 MassHealth 或 HSN。**

如果回答**"是"**，请回答问题 a–d。如果回答**"否"**，请跳至问题 d。

您必须与您的配偶在申请某些计划（ConnectorCare 或 APTC）的年度提交联合联邦税表，除非您是家庭虐待或遗弃的受害者，或者您将作为户主报税。如果您将作为户主报税，您应对问题 11a（"您合法结婚了吗?"）回答**"否"**。您可能有资格成为户主的一种方式是与配偶分居，并将另一个人申报为受扶养人。请参阅国税局（IRS）第 501 号出版物或咨询税务专业人士，获取报税信息。您只需在本申请表中包括您自己和任何受抚养人。

a. 您合法结婚了吗? ☐ 是 ☐ 否
如果回答**"否"**，请跳至问题 11c。
如果回答**"是"**，请列出您的配偶的姓名和出生日期。_____

b. 您计划在您申请的纳税年度与您的配偶提交联合联邦税表吗? ☐ 是 ☐ 否

c. 您将在您申请的年度在您的联邦所得税表中申报任何受抚养人吗? ☐ 是 ☐ 否
您将在您的联邦所得税表中为本申请表中作为受扶养人列出的任何个人申请个人免税扣除额，此类个人通过 Massachusetts Health Connector 注册参加保险，并且其保费全部或部分通过预付款支付。请列出受抚养人的姓名和出生日期。

_____

d. 您在您申请的年度会在其他人的联邦所得税表中被申报为受抚养人吗? ☐ 是 ☐ 否
如果其他人在其联邦所得税表中将您申报为受扶养人，这可能会影响您是否能获得保费税收抵免的能力。如果您是被非监护父母申报的、年龄在 21 岁以下的儿童，请勿对这个问题回答"**是**"。如果回答"**是**"，请列出报税人的姓名。

_____

报税人的出生日期 _____ 您与报税人是什么关系? _____

报税人已婚并提交联合税表吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**，请列出配偶的姓名和出生日期。_____

报税人还将哪些其他人申报为受抚养人?

_____

e. 您因为您是家庭虐待或遗弃的受害者而单独报税吗？ ☐ 是 ☐ 否

选择回答 在过去两年中，我每年都向美国国税局（IRS）提交联邦所得税表，说明我获得预付保费税收抵免（APTC），以降低每月保费的情况，包括我是否注册参加了 Connector Care。我在提交税表时附上了显示我所获税收抵免的税表，以便 IRS 根据我当年的最终收入计算出我有资格获得的预付保费税收抵免金额。 ☐ 是 ☐ 否

如果符合以下条件，请回答**"是"**： 1. 您过去曾领取 APTC 或参加 ConnectorCare，并且

2. 该陈述适合列出的所有家庭成员。

12. 您是美国公民或美国国民吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**，您是归化公民、派生公民或获得公民（不是在美国出生的）吗？ ☐ 是 ☐ 否

外国人号码_____ 入籍或公民证书号码 _____

13. 如果您是非公民，您具有合格的移民身份吗？ ☐ 是 ☐ 否

a. 您是合法永久居民（LPR 或绿卡持有者）、古巴-海地入境者（CHE）或《自由联合协定》（COFA）移民吗？
☐ 是 ☐ 否、不确定或不愿回答

b. 您有移民文件吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果您在本申请表中包括您的移民文件副本，可能会帮助我们更快地处理您的申请表。我们将尝试通过电子数据匹配验证您的移民身份。请列出自从您进入美国以来适用于您的所有移民身份和/或条件。如果您需要更多纸页填写，请另附一页纸。

身份授予日期（月/日/年）_____（如果是受虐者，请填写诉状批准日期。）

移民身份 _____ 移民文件类型 _____
从第 32 页的列表中选择一种或多种文件身份和类型。
文件 ID 号码 _____ 外国人号码 _____

护照或文件失效期（月/日/年） _____ 国家 _____

c. 您在本申请表中使用的姓名与您获得移民身份时使用的姓名相同吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**"否"**，您曾使用了什么姓名?名、中间名、姓和后缀_____

d. 您是在 1996 年 8 月 22 日后抵达美国的吗？ ☐ 是 ☐ 否

e. 您是美国军队光荣退役退伍军人或现役军人或美国军队光荣退役退伍军人或现役军人的配偶或子女吗？ ☐ 是 ☐ 否

f. **选择回答：** 您是 ☐ 严重人口贩运的受害者；☐ 人口贩运受害者的配偶、子女、兄弟姐妹或父母；
☐ 受虐配偶；☐ 受虐配偶的子女或父母吗？

14. 您住在马萨诸塞州并且打算居住在这里（即使您没有固定地址）或者您是有工作承诺或为了找工作进入马萨诸塞州的吗？
☐ 是 ☐ 否

如果您是为了个人休闲或在专业护理设施以外的环境接受医疗护理前来马萨诸塞州访问，您必须对这个问题回答"**否**"。

15. 您是与至少一名 19 岁以下的儿童同住并且您是照顾这名儿童（或这些儿童）的主要个人吗？ ☐ 是 ☐ 否

儿童的姓名和出生日期 _____

16. 您怀孕了吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**，您预计将分娩几个孩子?_____ 预产期是哪一天? _____

17. 您曾被寄养吗？ ☐ 是 ☐ 否

a. 如果回答**"是"**，您曾在哪一个州被寄养?_____

b. 您曾通过州立 Medicaid 计划获得医疗保健吗？ ☐ 是 ☐ 否

18. 您是租赁还是拥有您的房产？ ☐ 租赁 ☐ 拥有

19. **残障** 如果您的年龄在 65 岁以下或者年满 65 岁或以上并在工作，请回答这个问题。
您有已经持续或预计将持续至少 12 个月的残障（包括致残的精神病）吗?（如果是法定盲人，请回答"**是**"。） ☐ 是 ☐ 否
名称：_____

20. 您因残障或受伤而需要合理的便利设施吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**"否"**，请进入下一个问题。如果回答**"是"**，请回答问题 a 和 b。

a. 病症

☐ 弱视 ☐ 失明 ☐ 失聪 ☐ 听力障碍 ☐ 发育残障 ☐ 智力障碍 ☐ 身体残障
☐ 其他（请解释）_____

b. 便利设施

☐ 文字电话（TTY） ☐ 大字体出版物 ☐ 美国手语翻译 ☐ 视频转译服务 ☐ 实时语音转文字服务（CART）
☐ 盲文出版物 ☐ 辅助听力设备 ☐ 电子格式出版物 ☐ 其他（请解释）_____

21. 您是否曾领取过补充安全收入（SSI）？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答"**否**"，请进入"收入信息"一节。如果回答"**是**"，请回答问题 a 和 b。

a. 您最后一次何时领取的 SSI？（月/年）_____

b. 您是（勾选一项）： ☐ 独居？ ☐ 与配偶同住？ ☐ 住在疗养院？ ☐ 住在其他人的家中？

收入信息（您可以随本申请表送交所有家庭成员的收入证明）

22. 您有任何收入吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答"**否**"，请跳至问题 31。

目前的工作 | 如果您有多份工作，并需要更多纸页填写，请另附一页纸。

23. 雇主名称和地址	联邦税收 ID 号码

24. a. 工资/小费（税前）**$**_____ ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月两次 ☐ 每月 ☐ 每季度
☐ 每年（减去任何税前扣除额，例如非应税医疗保险保费。）

b. 收入生效日期_____

25. 每**周**平均工作时数_____

26. 您是季节工吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答"**是**"，您每个日历年度哪些月份工作？

☐ 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 | 如果您是自雇职业者，请回答以下问题。如果您需要更多纸页填写，请另附一页纸。

27. 您是自雇职业者吗？ ☐ 是 ☐ 否

a. 如果回答**"是"**，您从事哪一种类型的工作？_____

b. 您每个月平均从这种自雇职业获得多少净收入（支付业务开支后的利润）或者您每个月从这种自雇职业亏损多少钱？
$_____/每月**利润**或 $_____/每月**亏损**

c. 您每周工作多少小时？_____

其他收入

28. 勾选所有适用的项目。说明金额和您领取的频率。
注释：您无需告诉我们子女赡养费或补充安全收入（SSI）。

☐ 社会安全福利 $_____ 多久一次？_____
☐ 退休金或养老金 $_____ 多久一次？_____ 来源_____
☐ 年金 $_____ 多久一次？_____
☐ 信托 $_____ 多久一次？_____
☐ 失业金 $_____ 多久一次？_____
☐ 利息、股息和其他投资收入 $_____ 多久一次？_____
☐ 版税收入 $_____ 多久一次？_____
☐ 收到的赡养费 $_____ 多久一次？_____
如果您从 2019 年 1 月 1 日前判决的离婚、分居协议或法院命令收到赡养费，请在此处填写这些款项的金额。$_____
☐ 联邦退伍军人福利 $_____ 多久一次？_____
☐ 军人退休金 $_____ 多久一次？_____

☐ 其他应税收入（包括类型） $_____ 多久一次？ _____ 类型 _____

☐ 资本利得：您每月将从该资本利得平均获得多少净收入或亏损？
$_____/利润或 $_____/亏损

☐ 净农业或渔业收入 $_____/**利润** 或 $_____/**亏损** 每周多少小时？ _____

☐ 彩票中奖和赌博收入 $_____ 生效日期 _____
多久一次？ ☐ 一次性 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月两次 ☐ 每月 ☐ 每年
非现金奖金不计入合格彩票，赌博收入不计入任何亏损金额。

租金收入

29. 您有租金收入吗？（**您必须回答这个问题。**） ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**，请**送交**当前租金收入**证明**（例如每位租户的书面陈述、租约副本或当前联邦税表）。另请**送交**过去 12 个月的所有以下开支**证明**（如适用）：抵押贷款、税收、公用事业（煤气/电）、暖气、水/下水道、保险、共管公寓或合作公寓费用、维修和保养。

a. 您拥有哪种类型的房地产？ ☐ 独户 ☐ 两户 ☐ 三户 ☐ 其他（请描述）：_____

b. 您从上述房地产的每个出租单元**每月**获得多少租金收入或亏损？
（请单独列出每个出租单元和地址。）

地址 _____ 单元号码_____

收入金额 _____ 亏损金额 _____ 自住？ ☐ 是 ☐ 否

地址 _____ 单元号码_____

收入金额 _____ 亏损金额 _____ 自住？ ☐ 是 ☐ 否

c. 您为您的租户支付暖气或公用事业费吗？ ☐ 是 ☐ 否

一次性收入

30. 您在本日历年度曾收到或将收到一次性付款收入吗？ ☐ 是 ☐ 否
其中一个例子可能包括一次性养老金付款。
如果回答**"是"**，类型：_____ 金额 $_____ 收到的月份 _____收到的年份 _____

31. 您在下一个日历年度将收到一次性付款收入吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**"是"**，类型：_____ 金额 $_____ 收到的月份 _____收到的年份 _____

扣除额

32. 您在您的所得税表中报告了哪些扣除额？
如果您支付了某些可在联邦所得税表中扣除的费用，填写这些费用可能会略微降低医疗保险费用。请勾选所有适用的项目。您的扣除额应当是您在联邦所得税表的"调整后总收入"一节中报告的金额。对于您选择的每一项扣除额，请填写年度金额。您最多可以填写国税局（IRS）允许的最高扣除额。

☐ 教育工作者费用：年度金额 $_____

☐ 预备役军人、表演艺术家或按服务收费政府官员的某些业务费用：年度金额 $_____

☐ 健康储蓄账户扣除额：年度金额 $_____

☐ 军人搬家费用：年度金额 $_____

☐ 自雇职业税收可扣除部分：年度金额 $_____

☐ 对自雇职业 SEP、SIMPLE 和合格计划的供款：年度金额 $_____

☐ 自雇职业医疗保险扣除额：年度金额 $_____

☐ 提前提取储蓄的处罚：年度金额 $_____

☐ 根据 2019 年 1 月 1 日前判决的离婚、分居协议或法院命令支付的赡养费：年度金额。$_____

☐ 个人退休账户（IRA）扣除额：年度金额 $_____

☐ 学生贷款利息扣除额（仅限利息，并非全部付款）：年度金额 $_____

☐ 无

年收入

33. 您当前日历年度的预计总收入是多少？

34. 您下一个日历年度的预计总收入是多少（如果不同）？

谢谢！这是我们需要了解的关于您的全部信息。如果需要，请转至“第 2 步：第 2 位人士”，添加另一位家庭成员。
否则，请转至“第 3 步：美洲印第安人或阿拉斯加原住民（AI/AN）家庭成员”。

第 2 步 第 2 位人士 — 配偶或这个家中的其他人

为与您同住的配偶或您的联邦所得税表（如果您提交了联邦所得税表）中包括的任何人填写这一部分。

如果您必须在本申请表中包括两位以上人士，请在填写“第 2 步：第 2 位人士”的空白信息页之前先复印这些页面。
填写附加页面时，请务必告诉我们每个人与申请表中每个其他人的关系。我们需要这些信息以便确定资格。
您还可以在网站 mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member 下载填写附加人士的页面。

1. 名、中间名、姓和后缀

2. 出生日期（月/日/年）

3. 该人士出生时的性别是什么？ ☐ 男 ☐ 女 这通常是您该人士的出生证上最初列出的性别。

4. 与第 1 位人士的关系

5. 该人士与第 1 位人士同住吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**“否”**，请提供街道地址

☐ 无街道地址 。注释：如果您勾选本方框，您必须提供邮寄地址。

6. 这是医院、护理设施或其他机构吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**“是”**，请填写设施名称

7. 邮寄地址 ☐ 如果与家庭地址相同，请勾选本方框。

8. 公寓或单元号码

9. 城市

10. 州

11. 邮政编码

12. 县

13. 如果不是英语，该人士的首选语言是什么？口语 _____ 书面语言 _____
MassHealth 和 Health Connector 可能会使用您的首选书面语言与您沟通。如果您没有回复，我们将用英语给您发通知。

14. 该人士在申请医疗或牙科保险吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**“是”**，请回答“第 2 步：第 2 位人士”中的所有问题。
如果回答**“否”**，请回答问题 30（便利设施），然后转入第 10 页的“收入信息”一节。

选择回答：请参阅第 1 位人士下方问题 5-9 的说明。

15. 以下哪些项目最适当地描述该人士目前的性别认同？请最多选择五项。
☐ 男 ☐ 女 ☐ 跨性别男性 ☐ 跨性别女性
☐ 性别酷儿/非常规性别/非二元性别/既非完全男性亦非完全女性
☐ 性别认同未在此处列出。请具体说明。_____
☐ 不知道 ☐ 选择不回答

16. 以下哪一项/哪几项描述了该人士目前的性取向?请最多选择五项。

☐ 异性恋 ☐ 女同性恋或男同性恋 ☐ 双性恋 ☐ 酷儿、泛性恋或性别质疑
☐ 性取向未列出。请具体说明。_____ ☐ 不知道 ☐ 选择不回答

17. 该人士是西班牙裔或拉丁裔血统或后裔吗?

☐ 是,西班牙裔或拉丁裔 ☐ 否,不是西班牙裔或拉丁裔 ☐ 不知道 ☐ 选择不回答

18. 种族(请参阅第 32 页)

19. 族裔(请参阅第 32 页)

20. 该人士有社会安全号码(SSN)吗? ☐ 是 ☐ 否(如果**不在**申请,则选择回答)
我们需要每个申请医疗保险且有社会安全号码(SSN)的人的 SSN。有关重要的 SSN 信息以及如何申请 SSN,请参阅第 1 位人士下方问题 10 的说明。

如果回答**"是"**,请告诉我们社会安全号码 ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

如果回答**"否"**,请勾选以下一个原因。 ☐ 患病例外情况 ☐ 刚刚申请 ☐ 非公民例外情况 ☐ 宗教例外情况

该人士在本申请表中的姓名与社会安全卡中的姓名相同吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"否"**,该人士的社会安全卡中是什么姓名?

名、中间名、姓和后缀

21. 如果该人士获得预付保费税收抵免(APTC),该人士同意提交收到抵免纳税年度的联邦税表吗? ☐ 是 ☐ 否
他们过去可能不需要或选择不提交税表,但该人士必须在获得 APTC 的任何年度提交联邦所得税表。您必须对问题 21 勾选**"是"**,才有资格获得 ConnectorCare 或 APTC,帮助支付该人士的医疗保险费用。**如果符合资格,该人士则无需提交税表即可申请或获得 MassHealth 或 HSN。**

如果回答**"是"**,请回答问题 a–d。如果回答**"否"**,请跳至问题 d。

该人士必须与其配偶在该人士申请某些计划(ConnectorCare 或 APTC)的年度提交联合联邦税表,除非该人士是家庭虐待或遗弃的受害者,或者他们将作为户主报税。如果该人士将作为户主报税,他们应对问题 21a("您合法结婚了吗?")回答"**否**"。该人士可能有资格成为户主的一种方式是与配偶分居,并将另一个人申报为受扶养人。请参阅国税局(IRS)第 501 号出版物或咨询税务专业人士,获取报税信息。该人士只需在本申请表中包括自己和任何受抚养人。

a. 该人士合法结婚了吗? ☐ 是 ☐ 否
如果回答**"否"**,请跳至问题 21c。
如果回答**"是"**,请列出配偶的姓名和出生日期。_____

b. 该人士计划在该人士申请的纳税年度与其配偶提交联合联邦税表吗? ☐ 是 ☐ 否

c. 该人士将在该人士申请的年度在联邦所得税表中申报任何受抚养人吗? ☐ 是 ☐ 否
该人士将在联邦所得税表中为本申请表中作为受扶养人列出的任何个人申请个人免税额扣除,此类个人通过 Massachusetts Health Connector 注册参加保险,并且其保费全部或部分通过预付款支付。

请列出受抚养人的姓名和出生日期。

_____

d. 该人士在该人士申请的年度会在其他人的联邦所得税表中被申报为受抚养人吗? ☐ 是 ☐ 否
如果其他人在其联邦所得税表中将该人士申报为受抚养人,这可能会影响他们获得保费税收抵免的能力。如果该人士是被非监护父母申报的、年龄在 21 岁以下的儿童,请勿对这个问题回答**"是"**。如果回答**"是"**,请列出报税人的姓名。

_____

报税人的出生日期 _____ 该人士与报税人是什么关系? _____

报税人已婚并提交联合税表吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**,请列出配偶的姓名和出生日期。_____

报税人还将哪些其他人申报为受抚养人?

_____

e. 该人士因为是家庭虐待或遗弃的受害者而单独报税吗? ☐ 是 ☐ 否

22. 该人士是美国公民或美国国民吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**“是”**，他们是归化公民、派生公民或获得公民（不是在美国出生的）吗？ ☐ 是 ☐ 否

外国人号码 _____ 入籍或公民证书号码 _____

23. 如果该人士是非公民，他们具有合格的移民身份吗？ ☐ 是 ☐ 否

a. 该人士是合法永久居民（LPR 或绿卡持有者）、古巴-海地入境者（CHE）或《自由联合协定》（COFA）移民吗？
☐ 是 ☐ 否、不确定或不愿回答

b. 该人士有移民文件吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果您在本申请表中包括他们的移民文件副本，可能会帮助我们更快地处理本申请表。
我们将尝试通过电子数据匹配验证该人士的移民身份。请列出自从他们进入美国以来适用于该人士的所有移民身份和/或条件。如果您需要更多纸页填写，请另附一页纸。

身份授予日期（月/日/年）_____（如果是受虐者，请输入诉状批准日期。）

移民身份 _____ 移民文件类型 _____
从第 32 页的列表中选择一种或多种文件身份和类型。

文件 ID 号码 _____ 外国人号码 _____

护照或文件失效期（月/日/年） _____ 国家 _____

c. 该人士在本申请表中使用的姓名与获得移民身份时使用的姓名相同吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**“否”**，该人士曾使用了什么姓名？名、中间名、姓和后缀 _____

d. 该人士是在 1996 年 8 月 22 日后抵达美国的吗？ ☐ 是 ☐ 否

e. 该人士是美国军队光荣退役退伍军人或现役军人或美国军队光荣退役退伍军人或现役军人的配偶或子女吗？
☐ 是 ☐ 否

f. **选择填写：** 该人士是 ☐ 严重人口贩运的受害者；☐ 人口贩运受害者的配偶、子女、兄弟姐妹或父母；
☐ 受虐配偶；☐ 受虐配偶的子女或父母吗？

24. 该人士住在马萨诸塞州，并且打算住在这里（即使他们没有固定地址）或者该人士是有工作承诺或为了寻找工作进入马萨诸塞州的吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果该人士是为了个人休闲或在护理设施以外的环境接受医疗护理前来马萨诸塞州访问，您必须对这个问题回答**“否”**。

25. 该人士是与至少一名 19 岁以下的儿童同住并且该人士是照顾该这名儿童（或这些儿童）的主要个人吗？ ☐ 是 ☐ 否

儿童的姓名和出生日期 _____

26. 该人士怀孕了吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**“是”**，该人士预计将分娩几个孩子？_____ 预产期是哪一天？ _____

27. 该人士曾被寄养吗？ ☐ 是 ☐ 否

a. 如果回答**“是”**，该人士曾在哪一个州被寄养？_____

b. 该人士曾通过州立 Medicaid 计划获得医疗保健吗？ ☐ 是 ☐ 否

28. 该人士租房还是拥有房产？ ☐ 租赁 ☐ 拥有

29. **残障** 如果该人士的年龄在 65 岁以下或者年满 65 岁或以上并在工作，请回答这个问题。

该人士有已经持续或预计将持续至少 12 个月的残障（包括致残的精神病）吗？（如果是法定盲人，请回答**“是”**。）

☐ 是 ☐ 否 名称：_____

30. 该人士因残障或受伤需要合理的便利设施吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**“否”**，请进入下一个问题。如果回答**是**，请回答问题 a 和 b。

a. 病症

☐ 弱视 ☐ 失明 ☐ 失聪 ☐ 听力障碍 ☐ 发育残障 ☐ 智力障碍
☐ 身体残障 ☐ 其他（请解释） _____

b. 便利设施

☐ 文字电话(TTY) ☐ 大字体出版物 ☐ 美国手语翻译 ☐ 视频转译服务 ☐ 实时语音转文字服务(CART)
☐ 盲文出版物 ☐ 辅助听力设备 ☐ 电子格式出版物 ☐ 其他(请解释) _____

31. 该人士是否曾领取过补充安全收入(SSI)? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"否"**,请进入"收入信息"一节。如果回答**"是"**,请回答问题 a 和 b。

a. 该人士最后一次何时领取的 SSI?(月/年) _____

b. 该人士(勾选一项):☐ 独居? ☐ 与配偶同住? ☐ 住在疗养院? ☐ 住在其他人的家中?

收入信息(您可以随本申请表送交所有家庭成员的收入证明)

32. 该人士有任何收入吗? ☐ 是 ☐ 否

如果该人士没有收入,请跳至问题 40。

目前的工作 | 如果该人士有多份工作,并需要更多纸页填写,请另附一页纸。

33. 雇主名称和地址 | 联邦税收 ID 号码

34. a. 工资/小费(税前) **$**_____ ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月两次 ☐ 每月 ☐ 每季度
☐ 每年(减去任何税前扣除额,例如免税医疗保险保费。)
b. 收入生效日期 _____

35. 每**周**平均工作时数 _____

36. 该人士是季节工吗? ☐ 是 ☐ 否 如果回答"**是**",该人士每个日历年度哪些月份工作?

☐ 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,请回答以下问题。如果您需要更多纸页填写,请另附一页纸。

37. 该人士是自雇职业者吗? ☐ 是 ☐ 否

a. 如果回答**"是"**,该人士从事哪一种类型的工作? _____

b. 该人士每个月平均从这种自雇职业获得多少净收入(支付业务开支后的利润)或者他们每个月从这种自雇职业亏损多少钱? $_____/每月**利润**或 $_____/每月**亏损**?

c. 该人士每周工作多少小时?_____

其他收入

38. 请勾选所有适用的项目。说明金额和该人士领取的频率。
注释:您无需告诉我们子女赡养费或补充安全收入(SSI)。

☐ 社会安全福利 $_____ 多久一次? _____
☐ 退休金或养老金 $_____ 多久一次? _____ 来源 _____
☐ 年金 $_____ 多久一次? _____
☐ 信托 $_____ 多久一次? _____
☐ 失业金 $_____ 多久一次? _____
☐ 利息、股息和其他投资收入 $_____ 多久一次? _____
☐ 版税收入 $_____ 多久一次? _____
☐ 收到的赡养费 $_____ 多久一次? _____
如果该人士从 2019 年 1 月 1 日前判决的离婚、分居协议或法院命令收到赡养费,请在此处填写这些款项的金额。$_____
☐ 联邦退伍军人福利 $_____ 多久一次? _____
☐ 军人退休金 $_____ 多久一次? _____
☐ 其他应税收入(包括类型) $_____ 多久一次? _____ 类型 _____

☐ 资本利得：该人士每月将从该资本利得平均获得多少净收入或亏损？$_____/利润或 $_____/亏损
☐ 净农业或渔业收入 $_____/**利润**或 $_____/**亏损**　每周多少小时？_____
☐ 彩票中奖和赌博收入　$_____　生效日期 _____
多久一次？ ☐ 一次性 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月两次 ☐ 每月 ☐ 每年
非现金奖励不被视为合格的彩票中奖和赌博收入。金额中请勿包含任何亏损。

租金收入

39. 该人士有租金收入吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**，请**送交**当前租金收入**证明**（例如每位租户的书面陈述、租约副本或当前联邦税表）。另请**送交**过去 12 个月的所有以下开支**证明**（如适用）：抵押贷款、税收、公用事业（煤气/电）、暖气、水/下水道、保险、共管公寓或合作公寓费用、维修和保养。

a. 该人士拥有哪种类型的房地产？ ☐ 独户 ☐ 两户 ☐ 三户 ☐ 其他（请描述）：_____

b. 该人士从上述房地产的每个出租单元**每月**获得多少租金收入或亏损？（请单独列出每个出租单元和地址。）

地址 _____ 单元号码_____

收入金额 _____ 亏损金额 _____ 自住？ ☐ 是 ☐ 否

地址 _____ 单元号码_____

收入金额 _____ 亏损金额 _____ 自住？ ☐ 是 ☐ 否

c. 该人士为租户支付暖气和/或公用事业费吗？ ☐ 是 ☐ 否

一次性收入

40. 该人士在本日历年度曾收到或将收到一次性付款收入吗？ ☐ 是 ☐ 否
其中一个例子可能是一次性养老金付款。
如果回答**"是"** 类型：_____ 金额 $ _____ 收到的月份 _____ 收到的年份 _____

41. 该人士在下一个日历年度将收到一次性付款收入吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答**"是"**，类型：_____ 金额 $ _____ 收到的月份 _____ 收到的年份 _____

扣除额

42. 该人士在所得税表中报告了哪些扣除额？
如果该人士支付了某些可在联邦所得税表中扣除的费用，填写这些费用可能会略微降低医疗保险费用。请勾选所有适用的项目。该人士的扣除额应当是他们在联邦所得税表的"调整后总收入"一节中报告的金额。对于选择的每一项扣除额，请填写年度金额。您最多可以填写国税局（IRS）允许的最高扣除额。

☐ 教育工作者费用：年度金额 $_____
☐ 预备役军人、表演艺术家或按服务收费政府官员的某些业务费用：年度金额 $_____
☐ 健康储蓄账户扣除额：年度金额 $_____
☐ 军人搬家费用：年度金额 $_____
☐ 自雇职业税收可扣除部分：年度金额 $_____
☐ 对自雇职业 SEP、SIMPLE 和合格计划的供款：年度金额 $_____
☐ 自雇职业医疗保险扣除额：年度金额 $_____
☐ 提前提取储蓄的处罚：年度金额 $_____
☐ 根据 2019 年 1 月 1 日前判决的离婚、分居协议或法院命令支付的赡养费：年度金额 $_____
☐ 个人退休账户（IRA）扣除额：年度金额 $_____
☐ 学生贷款利息扣除额（仅限利息，并非全部付款）：年度金额 $_____
☐ 无

年收入

43. 该人士当前日历年度的预计总收入是多少?

44. 该人士下一个日历年度的预计总收入是多少(如果不同)?

谢谢!这是我们需要了解的关于该人士的全部信息。

第 3 步 美洲印第安人或阿拉斯加原住民(AI/AN)家庭成员

您或您家中的任何人是美洲印第安人或阿拉斯加原住民吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"否"**,请跳至第 4 步。如果回答**"是"**,请填写本申请表的其余部分,包括 **"附件 B:美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成员 "**。

第 4 步 以前的医疗账单

您或您的配偶有在提交本申请表的前三个月内收到的医疗服务账单吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**,MassHealth 可能能够支付这些账单。如果回答**"否"**,请进入**第 5 步:资产**。

您或您的配偶是否希望就那个期间申请 MassHealth? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**,您需要 MassHealth 的最早日期是什么?(月/日/年) _____

(您必须向我们提供那个期间拥有的所有收入和资产证明。)

请在下方列出任何请求支付以前的医疗账单费用的个人。您必须向我们提供那个期间拥有的所有收入和资产证明。

姓名	请求的最早日期	在此期间情况有任何变化吗? ☐ 是 ☐ 否
姓名	请求的最早日期	在此期间情况有任何变化吗? ☐ 是 ☐ 否

第 5 步:资产 | 您**必须**为您和/或您的配偶拥有的每一种资产填写所有的栏目。

如果您居住在社区中,并且您在申请月份之前三个月内需要医疗费用方面的帮助,您必须告诉我们在那个期间任何开立和关闭的账户。如果您正在申请长期护理,您还必须向我们提供您或您的配偶在过去 60 个月内拥有的所有资产的信息。如果您需要更多纸页填写,请另附一页纸。

银行账户

1. 您或您的配偶是否拥有任何银行账户或存款单,包括支票账户、储蓄账户、信用社账户、NOW 账户、货币市场账户和个人需求津贴(PNA)账户? ☐ 是 ☐ 否
   a. 您或您的配偶是否有任何退休账户,包括个人退休账户(IRA)、Keogh 或个人资金? ☐ 是 ☐ 否
   b. 您或您的配偶或共同所有人在过去 60 个月内是否关闭过任何账户,包括您与任何其他人共同拥有的任何账户? ☐ 是 ☐ 否

如果您对**任何**这些问题回答**"是"**,请填写本节。如果您对**所有**这些问题回答**"否"**,请进入下一节(**房地产**)。

请**送交一份**在 45 天内更新的存折副本和/或**一份**您当前账户报表副本。有关金融机构对报表副本收费的信息，请参阅《年长者指南》。如果申请护理设施保险，请提供过去 60 个月的账户报表。

账户中的姓名		账户类型
银行/机构名称		账号
当前余额 $	入住日期时的余额* $	☐ 开设的账户 ☐ 关闭的账户
账户关闭日期（月/日/年）	账户关闭日期的金额 $	
账户中的姓名		账户类型
银行/机构名称		账号
当前按余额 $	入住日期时的余额* $	☐ 开设的账户 ☐ 关闭的账户
账户关闭日期（月/日/年）	账户关闭日期的金额 $	

* 填写入住医疗机构、医院或护理设施日期的账户余额。

房地产

2. 您或您的配偶是否拥有主要居所或对您的主要居所拥有合法权益？
   您 ☐ 是 ☐ 否　　您的配偶 ☐ 是 ☐ 否

3. 您或您的配偶是否拥有**除**您的主要居所外的任何房地产或对除您的主要居所外的任何房地产拥有合法权益？
   您 ☐ 是 ☐ 否　　您的配偶 ☐ 是 ☐ 否

如果您对任何这些问题回答**“是”**，请填写本节。如果回答**“否”**，请进入下一节（**人寿保险**）。

请**送交一份**契约、当前税单副本以及拥有的所有财产欠款证明。

地址	
房产类型	当前价值 $
地址	
房产类型	当前价值 $

人寿保险

4. 您或您的配偶是否**拥有**任何人寿保险？ ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“是”**，请填写本节。如果回答**否**，请进入下一节经纪帐户（**证券（股票/债券/其他）**）。

请**送交一份**所有人寿保险保单第一页副本。如果所有保单的面值总额超过 1,500 美元，另请**送交一封**来自保险公司的**信函**，显示当前的现金退保价值（适用于除定期保单之外的所有保单）。

持有人姓名		
保险公司		
保单号码	面值 $	保险类型
持有人姓名		
保险公司		
保单号码	面值 $	保险类型

证券经纪帐户（股票/债券/其他）

5. 您或您的配偶是否拥有任何股票、债券、储蓄债券、共同基金、证券、保管箱中的资产、未存入银行的现金、期权或期货合同？
   ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“是”**，请填写本节。如果回答**“否”**，请进入下一节（**年金**）。

送交当前价值（除现金外）**证明**。

	持有人姓名	公司名称	账号	当前价值	入住日期的价值*	共同资产?
现金				$	$	☐ 是 ☐ 否
股票				$	$	☐ 是 ☐ 否
债券				$	$	☐ 是 ☐ 否
储蓄债券				$	$	☐ 是 ☐ 否
共同基金				$	$	☐ 是 ☐ 否
期权				$	$	☐ 是 ☐ 否
期货合同				$	$	☐ 是 ☐ 否
其他				$	$	☐ 是 ☐ 否

* 填写入住医疗机构日期的账户余额。

年金

6. 您、您的配偶或代表您或您的配偶的人是否曾购买或以任何方式更改年金? ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**"是"**，请填写本节。如需符合资格，您可能需要将州政府指定为余额受益人。
   （请查阅《年长者指南》，了解更多信息。）如果回答**"否"**，请进入下一节 **(辅助生活/其他)**。

请**送交一份**合同副本。对于所拥有的每份年金，请**向我们提供**年金公司的**证明**，证明年金的全部价值减去任何罚款和费用（如果可兑现）。

持有人姓名	
发放年金的机构名称	
合同号码	购买日期（月/日/年）
持有人姓名	
发放年金的机构名称	
合同号码	购买日期（月/日/年）

辅助生活/其他

7. 您、您的配偶或代表您的人是否曾向任何医疗保健或居住设施（例如辅助生活设施、持续护理退休人社区或生活护理社区）支付押金? ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**"是"**，请填写本节。如果回答**"否"**，请进入下一节 **(车辆/移动房屋)**。

请**送交一份**您与设施签署的合同以及有关该押金的任何文件。

设施名称	
设施地址	
押金金额 $	押金交付给设施的日期（月/日/年）

车辆/移动房屋

8. 您或您的配偶是否拥有任何车辆，例如汽车、货车、卡车、休闲车、移动房屋或船只? ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**"是"**，请填写本节。如果回答**"否"**，请进入下一节 **(预付丧葬计划/信托)**。

请**送交一份**每辆车登记副本和未偿还贷款余额证明。如果是移动房屋，请**送交一份**销售票据副本。如果您家中有配偶，请**送交一份**截至医疗机构入住日期每辆车的公平市场价值**证明**。

(您) 车辆类型	年份/品牌/型号	公平市场价值 $	欠付金额 $
移动房屋地址			
(您的配偶) 车辆类型	年份/品牌/型号	公平市场价值 $	欠付金额 $
移动房屋地址			

预付丧葬计划

9. 您或您的配偶是否有任何预付丧葬合同或信托、为葬礼和丧葬费用设立的人寿保险，或为葬礼费用预留的银行账户？
☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**，请填写本节。如果回答**"否"**，请进入下一节**(信托)**。

请**送交一份**信托合同、信托指示、保单或丧葬专用账户副本。

(您) 丧葬合同 ☐ 是（金额 $ ） ☐ 否		丧葬信托 ☐ 是（金额 $ ） ☐ 否	
丧葬人寿保险 ☐ 是（金额 $ ） ☐ 否		丧葬专用账户 ☐ 是（金额 $ ） ☐ 否	
墓地 ☐ 是 ☐ 否	保险公司		保单号码
银行名称		账号	
(您的配偶) 丧葬合同 ☐ 是（金额 $ ） ☐ 否		丧葬信托 ☐ 是（金额 $ ） ☐ 否	
丧葬人寿保险 ☐ 是（金额 $ ） ☐ 否		丧葬专用账户 ☐ 是（金额 $ ） ☐ 否	
墓地 ☐ 是 ☐ 否	保险公司		保单号码
银行名称		账号	

信托

10. 您或您的配偶是任何信托的授予人/捐赠人、受托人或受益人吗？ ☐ 是 ☐ 否

11. 您、您的配偶或代表您的其他人（包括法院或行政机构）是否将您或您的配偶拥有的收入或资产捐赠给信托？ ☐ 是 ☐ 否

如果您对任何这些问题回答**"是"**，请填写本节。
如果您对这些问题回答**"否"**，请进入**"第 6 步：医疗保险信息"**

请**送交一份**信托文件、任何修订文件、显示金融活动的文件和受益人名单副本。

信托名称	可撤销？ ☐ 是 ☐ 否	当前信托本金 $
入住日期信托本金* $	受托人	
授予人/捐赠人	受益人	
信托名称	可撤销？ ☐ 是 ☐ 否	当前信托本金 $
入住日期信托本金* $	受托人	
授予人/捐赠人	受益人	

*填写入住医疗机构日期的信托本金。

第 6 步 医疗保险信息

MassHealth 规章要求会员获得并保持可供参加的医疗保险，包括通过雇主提供的医疗保险。为了确定您和您的家庭成员继续享有 MassHealth 的资格，我们可能会要求您和您的雇主提供有关您获得雇主赞助医疗保险承保的更多信息并且我们可能会与您的雇主和/或医疗保险公司分享有关您和您家庭成员的信息，以便确认这些信息。

您必须配合并提供保持资格所需的信息，包括获得或保持可供参加医疗保险的证据，否则您的 MassHealth 福利可能会终止。请查阅《年长者指南》了解更多信息。

1. 是否向本申请表中列出的任何人提供了来自工作的医疗保险，但未注册参加？ ☐ 是 ☐ 否
   即使该保险来自另一个人（例如配偶），该人士不住在家中，请回答**“是”**。
   如果回答**“是”**，您需要填写并包括**“附件 D：来自工作的医疗保险”**以及本申请表的其余部分。

2. 是否有人有资格获得或已注册参加以下任何类型的医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否
   如果回答**“是”**，请勾选保险类型，该人士参加的保险旁填写该人士的姓名。

   即使该保险来自另一个人（例如配偶），该人士不住在家中，请回答**“是”**。

   ☐ 已注册参加 Medicare 或有资格参加无保费 Medicare Part A

   受保人的姓名 _____ Medicare 索赔号码 _____

   保险何时开始？（月/日/年） _____

   a. 该人士是否有 Medicare Part D 计划？ ☐ 是 ☐ 否
      如果回答**“是”**，保险何时开始？（月/日/年） _____

   b. 该人士是否有 Medigap/Medicare 补充保单？ ☐ 是 ☐ 否
      如果回答**“是”**，保险计划名称 _____ 保险何时开始？（月/日/年） _____

   姓名 _____ Medicare 索赔号码 _____

   保险何时开始？（月/日/年） _____

   a. 该人士是否有 Medicare Part D 计划？ ☐ 是 ☐ 否
      如果回答**“是”**，保险何时开始？（月/日/年） _____

   b. 该人士是否有 Medigap/Medicare 补充保单？ ☐ 是 ☐ 否
      如果回答**“是”**，保险计划名称 _____ 保险何时开始？（月/日/年） _____

   上述任何人是否希望申请支付 Medicare Part B 保费帮助？ ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“是”**，姓名 _____

如果您勾选任何以下计划，请在下方提供详细信息。

☐ 有资格参加 **Peace Corps**
☐ 有资格参加 **TRICARE**（如果您有直接护理或工伤护理计划，请勿勾选。）
☐ 注册参加 **Veterans Affairs（VA）保健计划**
☐ **MassHealth**
☐ **其他保险**（包括 COBRA 和退休人保健计划）

受承保的家庭成员姓名

保单号码或会员 ID	开始日期和终止日期（月/日/年）

☐ 已注册参加雇主保险。如果本申请表中的任何人注册参加了雇主保险，您必须填写并包括**“附件 D：来自工作的医疗保险”**。

雇主名称	计划名称
受承保的家庭成员姓名	
保单号码或会员 ID	开始日期和终止日期（月/日/年）

第 7 步 医疗报销安排

向家中任何人提供了雇主提供的医疗报销安排（HRA）吗？ ☐ 是 ☐ 否

个人姓名	出生日期
雇主名称	
联邦税收 ID	
雇主提供的 HRA 类型	☐ 合格小企业主医疗报销安排（QSEHRA） ☐ 个人保险医疗报销安排（ICHRA）

开始日期	终止日期	请填写年度最高本人保险福利金额：

如果您有合格小企业主医疗报销安排（QSEHRA），您计划使用雇主提供的 QSEHRA 家庭保险福利吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果您有 QSEHRA，请填写通过 QSEHRA 获得的年度最高家庭保险福利金额。

家中有人计划接受雇主提供的个人保险医疗报销安排（ICHRA）福利吗？ ☐ 是 ☐ 否

个人姓名	出生日期
雇主名称	
联邦税收 ID	
雇主提供的 HRA 类型	☐ 合格小企业主医疗报销安排（QSEHRA） ☐ 个人保险医疗报销安排（ICHRA）

开始日期	终止日期	请填写年度最高本人保险福利金额：

如果您有合格小企业主医疗报销安排（QSEHRA），您计划使用雇主提供的 QSEHRA 家庭保险福利吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果您有 QSEHRA，请填写通过 QSEHRA 获得的年度最高家庭保险福利金额。

家中有人计划接受雇主提供的个人保险医疗报销安排（ICHRA）福利吗？ ☐ 是 ☐ 否

第 8 步 个人护理员服务

适用于 65 岁或以上且不打算入住长期护理设施的人士

如需了解有关个人护理员（PCA）服务的更多信息，以及填写本 PCA 一节会如何影响我们在您确实需要 PCA 服务时决定您是否可以获得 MassHealth 的方式，请查阅随附的《年长者指南》中的 PCA 一节。

1. 您或您的配偶是否需要个人护理员服务？ ☐ 是 ☐ 否
   如果回答**“是”**，请填写本节，并回答所有问题。如果回答**“否”**，请进入 **“第 10 步：阅读并签署本申请表”**。

2. 您或您的配偶在过去六个月内是否接受过**由 MassHealth 支付费用的**个人护理员服务？ ☐ 是 ☐ 否
   如果回答**“是”**，请进入**“第 10 步：阅读并签署本申请表”**。如果回答**否**，请回答本节中的以下问题。

3. 您或您的配偶是否有永久性或长期残障？ 您 ☐ 是 ☐ 否 您的配偶 ☐ 是 ☐ 否
   a. 如果回答**“是”**，您（或您的配偶）的残障是否使您（或您的配偶）无法完成您（或您的配偶）的日常生活活动，例如洗澡、吃饭、上厕所、穿衣等，除非有人亲自帮助您（或您的配偶）？
      您 ☐ 是 ☐ 否 您的配偶 ☐ 是 ☐ 否
   b. 如果回答**“是”**，您（或您的配偶）是否计划联系 MassHealth 个人护理管理（PCM）机构以便请求提供个人护理员服务？
      您 ☐ 是 ☐ 否 您的配偶 ☐ 是 ☐ 否

注释：您必须在 MassHealth 确定您有资格参加 MassHealth 之日起 90 天内联系 PCM 机构，否则您将无法从特殊 PCA 规则中受益。

MassHealth 可能不会为您的某些家庭成员支付担任您的个人护理员的费用。

对以上问题 3 的所有部分回答“是”的配偶均须填写自己的“附件 C：个人护理员”。随附一份副本。如果您需要第二份副本，请电洽 MassHealth 客户服务中心，电话号码 (800) 841-2900，TDD/TTY: 711。如果您（或您的配偶）没有向我们送交您填妥的 PCA 附件，我们将确定您的 MassHealth 资格，如同您不需要 PCA 服务一样。

第 9 步 适用于年龄在 65 岁以下的已婚人士的附加（供选用）保险

只有在您已婚并与配偶同住时才填写本节。申请的配偶一方必须年龄在 65 岁以下，且家中没有 19 岁以下的子女。为 65 岁以下的配偶回答以下问题。

如果本节适用于您，并且您希望了解有关收入标准和其他可能适用信息的更多详情，请打电话给我们，索取《年长者指南》，电话号码 (800) 841-2900，TDD/TTY: 711。如果本节不适用，请进入 **“第 10 步：阅读并签署本申请表”**。

乳腺癌或宫颈癌（*选择回答*）（仅适用于 *65* 岁以下的人士）

1. 您患有乳腺癌或宫颈癌吗？ ☐ 是 ☐ 否
   MassHealth 对于需要接受乳腺癌或宫颈癌治疗的人有特殊的保险规则。

   姓名：_____

艾滋病毒 HIV 信息（*选择回答*）（仅适用于 *65* 岁以下的人士）

2. 您是 HIV 阳性吗？ ☐ 是 ☐ 否
   如果您是 HIV 阳性，您可能有资格获得附加保险或福利。

   姓名：_____

第 10 阅读并签署本申请表

供 MASSHEALTH 和 HEALTH CONNECTOR 申请人使用

我代表我本人和本申请表中列出的所有人表示，我了解、声明并同意以下内容。

1. MassHealth 可能要求合格的人士注册参加提供的雇主赞助医疗保险，前提是该保险符合 MassHealth 保费援助付款的标准。
2. 对于医院或社区保健中心向此类人士提供且由 Health Safety Net 支付费用的任何服务，合格人士的雇主可能会收到通知和账单，根据 MassHealth 规章向其收费。
3. 我可能必须为自己和本申请表中列出的其他人支付医疗保险保费。不支付任何到期保费可能导致州政府从负责人的退税中扣除欠付金额。如果我是某些美洲印第安人或阿拉斯加原住民，我可能不必为 MassHealth 支付保费。
4. MassHealth 有权向可能有义务向注册参加 MassHealth 计划的合格人士提供保健服务付款的第三方索取和获取资金。此类第三方可能包括其他医疗保险公司、配偶、有义务支付医疗支持的父母或根据事故赔偿有义务付款的个人。合格人士必须与 MassHealth 合作，为自己和他们可以合法转让其权利的任何人建立第三方支持并获得第三方付款。如果合格人士相信并通知 MassHealth 合作可能会对自己或他们可以合法转让其权利的任何人造成伤害，则可免除该义务。
5. 未成年子女的父母和/或监护人必须同意与州政府合作，从不同住的父母那里获得医疗支持，除非他们相信并通知 MassHealth 合作会伤害子女或父母或监护人。
6. 在事故中或以其他方式受伤并因该事故或受伤从第三方获得资金的合格人士必须使用该资金偿还 MassHealth 或 Health Safety Net 提供的某些服务费用。
7. 合格人士必须在 10 个日历日内或尽快以书面形式通知 MassHealth 或 Health Safety Net 因事故或受伤而提起的任何保险索赔或诉讼。

8. 如果因治疗、付款、手术或上述计划管理的需要，可能会与医院、社区保健中心、其他医疗服务提供者或联邦或州机构分享本申请表的状况。
9. 在法律允许的范围内，在发出通知和提供上诉机会后，MassHealth 可能对合格 MassHealth 会员拥有的任何房地产或合格 MassHealth 会员拥有合法权益的任何房地产设置留置权。如果该个人正在专业护理设施或其他医疗机构接受长期护理，并且 MassHealth 确定该会员根据合理预期不会返回家中。如果 MassHealth 对此类房产设置留置权并且该房产后来被出售，则出售该房产所得款项可用于偿还 MassHealth 提供的医疗服务费用。
10. 在法律许可的范围内，除非属于例外情况，对于任何 55 岁或以上的合格人士，或任何年龄不限且 MassHealth 帮助支付在疗养院或其他医疗机构的长期护理费用的合格人士，MassHealth 将在合格人士去世后从其遗产中索取全部护理费用。有关遗产追回的更多信息，请访问网站 mass.gov/EstateRecovery。
11. 在法律许可的范围内，MassHealth 将在符合条件的个人去世后从其特殊需求信托中索取资金，以支付全部护理费用。全部护理费用包括 MassHealth 直接支付的护理费用（服务费）和向保健计划（如 Accountable Care Organization 或 One Care 计划）支付的护理总金额，无论会员可能接受了哪些服务。
12. 合格人士必须将自己或其家庭成员的收入或就业、家庭人口、医疗保险承保、医疗保险保费和移民身份的任何变化或本申请表及其任何附件中的任何其他信息变化通知他们注册参加的医疗保健计划，他们必须在获悉变化后的 10 个日历日内报告此类变化。合格人士可打电话报告变化，电话号码 **(800) 841-2900**，TDD/TTY: 711。信息变化可能会影响这些人或其家庭成员的资格。

    您还可以通过以下任何一种方法报告发生的变化。

    - 从网站 **Mahealthconnector.org** 登录您的账户。如果您还没有帐户，您可以创建一个在线帐户。
    - 将变化信息邮寄至：
      Health Insurance Processing Center
      PO Box 4405
      Taunton, MA 02780
    - 将变化信息传真至：**(857) 323-8300**
13. MassHealth、Massachusetts Health Connector 和 Health Safety Net 将从合格人士的当前雇主和前雇主以及医疗保险公司处获取有关此类人士的医疗保险承保的所有信息。MassHealth 可能会与我的雇主和/或医疗保险公司分享有关我和我的家庭成员的信息，以便获取这些信息。这包括但不限于已经、可能或应当向这些人或其家庭成员提供的有关保单、保费、共同保险、免赔额和承保福利的信息。
14. MassHealth、Massachusetts Health Connector 和 Health Safety Net 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人士的记录或数据，以便 1) 证明在本申请表和任何附件中提供的任何信息，或个人成为会员后提供的其他信息，2) 记录向此类人士索赔的医疗服务费用或提供的医疗服务，以及 3) 支持持续资格。
15. MassHealth、Massachusetts Health Connector 和 Health Safety Net 可能会就与资格和注册程序相关的事宜，向本申请表中的其他人士发送包含本申请表中所列人士个人信息的通知，或以其他方式将此类信息告知此类人士。
16. 根据联邦法律，不允许基于种族、肤色、原国籍、性别、年龄、性取向、性别认同或残障进行歧视。我可以在网站 https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html 提出歧视投诉。
17. 我同意允许 Massachusetts Health Connector 使用收入数据（包括来自税表的信息）来确定我今后几年的资格。请查看 Health Connector 隐私政策，了解有关 Health Connector 如何使用您的税务信息的更多信息。Massachusetts Health Connector 将向我发送通知，允许我更改我的资格申请表。我了解，如果我有资格获得预付保费税收抵免（APTC）和/或 ConnectorCare，这些款项将直接支付给我选择的保险公司。接受 APTC 和/或 ConnectorCare 可能会影响我的年度纳税义务。我可以选择将我可能有资格获得的任何 APTC 金额全部或部分用于我的每月保费或完全不用于我的每月保费。
18. 我同意 MassHealth 或其任何代表目前或今后可以使用我提供的联系信息或我们从可靠数据来源获得的信息，通过邮件、电子邮件、电话或短信等方式与我联系，就我与 MassHealth 的关系或我的医疗保健需求、福利、资格或承保进行任何交流。这些电话和短信可能使用自动拨号系统或人工/预录语音信息等自动化技术拨打或发送。可能收取标准讯息和数据流量费用。我还同意 MassHealth 可以获取、使用或分享我的信息，以便协调我可能有资格获得的其他健康相关福利。

19. 我已经阅读或已有人向我阅读本申请表中的信息，包括任何附件和说明。我了解《年长者医疗保险指南》包括有关本申请表的重要信息。
20. 我已获得本申请表中列出的所有人员（或其父母或其他合法经授权代表）的许可，提交本申请表。我还获得许可代表他们填写本申请表和完成任何相关的资格流程，其中包括：
    - 提供有关他们的个人信息，包括保健、医疗保险和收入信息，查看 Massachusetts Health Connector、MassHealth 和 Health Safety Net 可能提供的此类信息，并代表他们同意使用和披露本申请表中描述的他们的信息；
    - 就承保选择及与 Massachusetts Health Connector、MassHealth 或 Health Safety Net 的沟通方式作出选择；
    - 更改申请表或相关资格文件，提供有关他们的情况发生任何变化的信息；以及
    - 代表他们同意使用政府和私人来源验证本申请表中描述的信息。
21. 我了解我的权利和责任以及本申请表中所列的所有人的权利和责任（如第 7 步中所述）。
22. 我已经告知或将告知本申请表中所列的所有人（或他们的父母或合法经授权代表（如适用））这些权利和责任，以便他们理解。
23. 我了解并同意，MassHealth、Health Safety Net 和 Massachusetts Health Connector 将以与原始签名相同的效力对待任何电子或传真签名或签名副本。
24. 我了解，MassHealth
    - 根据联邦和州法，可以要求提供社会安全号码（SSN）；
    - 使用 SSN 查看收入和其他信息，以便了解谁有资格获得医疗保险费用帮助；
    - 使用 SSN 检测欺诈，查看是否有人获得重复的福利，或者查看其他人是否应为服务付款；并且
    - 将家中正在申请的任何人以及有医疗保险或可以为家中的任何人获得医疗保险的任何人的 SSN 与机构和财务机构档案进行匹配。
25. 我了解，如果 MassHealth 支付任何人的部分医疗保险保费，MassHealth 会将 SSN 或投保人的 SSN 添加到州审计长的供应商档案中。
26. 我了解，我的家庭的投保人必须有有效 SSN，才能从 MassHealth 获得付款。
27. 据我所知，我提供的关于本人和本申请表中所列其他人的信息完整和准确。
28. 如果我故意提供虚假或不真实的信息，我可能会受到联邦法律的处罚。

如果某人没有 SSN 或需要获取 SSN，请电洽社会安全局，电话号码 (800) 772-1213，TTY: (800) 325-0778，或查阅网站 socialsecurity.gov。如需获得我们如何使用您的社会安全号码的全面解释，请参阅《年长者医疗保险指南》。

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，您可能有资格获得 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 SNAP 计划的权利和责任。

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》（《美国法典》（U.S.C.）第 7 篇第 2011-2036 款）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。
- 监控遵守计划规则的状况。
- 如果 DTA 声称我领取了我没有资格获得的福利，向我收回款项资金。
- 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 to 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

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（通过打电话、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（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。
- 您必须在 DTA 要求时向 DTA 提供有关您的就业状况信息。
- 如果由 DTA 转介，您必须向雇主报告。
- 您必须接受工作邀请（除非您有充分的理由不接受）。
- 您不得无故辞掉每周超过 30 小时的工作。
- 您不得无故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，州政府可能会对他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《联邦法规汇编（CFR）第 7 篇第 273.11(n) 款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（《美国法典》（U.S.C.）第 42 篇第 13925a 款）；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报复。

可能用英语以外的其他语言提供计划信息。需要其他交流方式（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 1-800-877-8339）与 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) 620-1071，或写信给美国农业部。该信函必须包括投诉人的姓名、地址、电话号码以及对指称歧视行为的足够详细的书面描述，以便向民权助理部长（ASCR）通报指称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；或者
2. 传真：
   (833) 256 -1665 或 (202)690-7442；或者
3. 电子邮件：
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

本机构是机会均等服务提供者。

选民登记

投票登记表包括在本申请表中，亦可在网站 sec.state.ma.us 查找。如需查找有关如何登记投票的更多信息，亦可在网站 sec.state.ma.us 查找。如果您对选民登记程序有任何疑问，或者您在填写表格时需要帮助，请访问当地 MassHealth 注册中心，或电洽 MassHealth 客户服务中心，电话号码 (800) 841-2900，TDD/TTY: (800) 497-4648。

申请或拒绝登记投票不会影响本机构将向您提供的援助金额。如果您需要有人帮助填写选民登记申请表，我们将向您提供帮助。您自行决定是否寻求或接受帮助。您可以私下填写申请表。

如果您认为有人干涉您登记或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权，或者您选择自己的政党或其他政党偏向的权利，您可以向以下机构提出投诉：

Secretary of the Commonwealth, Elections Division
One Ashburton Place
Room 1705
Boston, MA 02108
电话：(617) 727-2828 或 (800) 462-8683

如果您或您的申请表中的任何其他人没有在您目前的居住地登记投票，您愿意今天申请登记投票吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果您不勾选任何一个方框，您将被视为已决定目前不登记投票。

在本申请表中签名 — 必须签名

我在下方签署本申请表则表示，据我所知，我在本申请表中提交的内容和陈述是真实和完整的，我同意接受并遵守上述 MassHealth 和 Health Connector 计划的权利和责任，如有不实愿受作伪证之处罚。

如果我在本申请表的第 1 页表明我正在申请补充营养援助计划（SNAP），我保证我了解并同意上述 SNAP 计划的权利、规则和处罚条款。我要求 MassHealth 将我的信息（包括受《医疗保险流通与责任法案》（HIPAA）制约的受保护健康信息）发送给过渡援助部（DTA），以便申请 SNAP 福利。

重要事项：仅限 MassHealth 和 Health Connector 申请人

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）或将该表存档，以便我们处理本申请表。ARD 位于本申请表末尾处。

第 1 位人士或经授权代表或负责方签名	用大写字母填写姓名 日期

如果您年龄在 18 岁以下，您是独立的未成年人吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**“否”**，我们需要一名至少 18 岁的负责方代表您在本申请表中签名。请在下方提供该人士的信息。

名	中间名	姓	后缀
社会安全号码	与您的关系	出生日期	
街道地址		公寓/单元号码	
城市	邮政编码	县	
电话	分机	电话类型	
第二部电话	分机	电话类型	
电子邮件地址			

将填妥的申请表送交给我们

将您填妥和签名的申请表**邮寄**至：
MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214；或者
传真：(617) 887-8799

访问一个 MassHealth 注册中心（MEC）。
如需亲自申请或与 MassHealth 服务代表安排预约，请查阅我们的网站
www.mass.gov/masshealth/appointment

附件 A 长期护理服务和支持

- 您是否需要在**疗养院类型设施**中的长期护理服务和支持？ ☐ 是 ☐ 否
  如果回答**"是"**，您必须回答所有的问题，并填写本附件的所有章节。
- 您是否根据**家庭和社区服务（HCBS）豁免计划**在申请或接受家中长期服务和支持？ ☐ 是 ☐ 否
  如果回答**"是"**，您需要填写**"资源转让"**和**"长期护理保险"**。
- 您在通过年长者全包护理计划（PACE）申请或接受长期护理服务和支持吗？ ☐ 是 ☐ 否
  如果回答**"是"**，您需要填写**"资源转让"**和**"长期护理保险"**。

请用大写字母清楚地填写。如果您需要更多纸页填写任何栏目，请另附一页纸（包括您的姓名和社会安全号码），并将其附在本附件中。

申请人/会员信息

姓、名、中间名首字母	社会安全号码

医院、专业护理设施或其他机构的名称和地址

入住日期（月/日/年）	您是由另一个州安置在这里的吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**"是"**，是哪一个州？

1. 您是否必须为法院指定的监护人支付监护费？ ☐ 是 ☐ 否

在家中居住的配偶和家庭成员的生活费
（如果您正在申请家庭和社区服务豁免计划或 PACE，请不要填写本节。）

住在家中的配偶可能能够保留您的部分收入。请填写以下有关您的配偶当前生活费的信息。**如果您没有配偶**，进入下一节**（资源转让）**。

请**送交**您的配偶当前生活费证明。

配偶的姓、名、中间名首字母	社会安全号码

2. 您的配偶每个月为以下各项付多少钱？

   租金_____ 抵押贷款（本金和利息）_____

   房主/租户保险_____ 房地产税_____

   共管公寓或合作公寓要求缴纳的维护费_____ 辅助生活设施的食宿费_____

3. 您的配偶支付暖气费吗？ ☐ 是 ☐ 否
4. 您的配偶支付公用事业费吗？ ☐ 是 ☐ 否
5. 是否有子女、父母和/或兄弟姐妹与您的配偶同住？ ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**"是"**，请填写本节。如果回答**"否"**，请进入下一节**（资源转让）**。

   请**送交**他们减去扣除额前的每月收入**证明**。可能允许扣除他们的维护需求费用。这些人必须与您或您的配偶有亲属关系，并且你们中的一人必须在联邦所得税表中将他们列为受抚养人。

姓名		社会安全号码
关系	出生日期（月/日/年）	减去扣除额前的每月收入 $
姓名		社会安全号码
关系	出生日期（月/日/年）	减去扣除额前的每月收入 $

资源转让（资源包括收入和资产）

6. 在过去 60 个月中：

   a. 是否有任何可用或属于您或您的配偶的被转入或转出信托的房产？ ☐ 是 ☐ 否

   b. 您、您的配偶或代表您的人是否曾转让收入或收入权？ ☐ 是 ☐ 否

   c. 您、您的配偶或代表您的人是否曾转让任何资产、更改任何资产的所有权、放弃或出售任何资产，包括您的住房或其他？ ☐ 是 ☐ 否

   d. 您、您的配偶或代表您的人是否曾更改任何的契约或所有权，包括创建终身地产，即使该终身地产是在他人的住所购买？ ☐ 是 ☐ 否

   e. 如果您在他人家中购买了终身地产，您是否在购买该终身地产后在该房屋中至少居住了一年？ ☐ 是 ☐ 否

   f. 您、您的配偶或代表您的人是否曾在您拥有的任何房产契约上添加了另一个人的名字？ ☐ 是 ☐ 否

   g. 您、您的配偶或代表您的人是否曾收到或给予任何人任何房产或其他资产的抵押贷款、贷款或期票？ ☐ 是 ☐ 否

   h. 您、您的配偶或代表您的人是否曾购买或以任何方式更改年金？ ☐ 是 ☐ 否

   如果您对以上任何问题回答“是”，您必须填写以下栏目，并**送交**此类信息的**证明**。

资产/收入说明		转让日期（月/日/年）
转让给谁	与您或您的配偶的关系	转让金额 $
资产/收入描述		转让日期（月/日/年）
转让给谁	与您或您的配偶的关系	转让金额 $
资产/收入说明		转让日期（月/日/年）
转让给谁	与您或您的配偶的关系	转让金额 $

7. 您、您的配偶或代表您的人是否曾向任何医疗保健或居住设施（例如辅助生活设施、持续护理退休人社区或生活护理社区）支付押金？ ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“是”**，请列出该设施的名称和地址、押金金额，回答以下问题，并**送交给我们一份**您与该设施签署的合同以及任何有关该押金的文件。

   设施名称 _____

   设施地址 _____ 金额 $ _____

   a. 该设施仍然持有该押金吗？ ☐ 是 ☐ 否

   b. 该设施归还了该押金吗？ ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“是”**，请告诉我们从该设施领取押金的人的姓名和地址。

   该人士的姓名 _____

   地址 _____

房地产

对以下问题的回答将用于决定是否：(1) 您的房地产将被视为资产；或者 (2) 将对您的房地产设置留置权。

注释：如果您在您的主要居所的产权超过一定限度，除非满足某些条件，否则您可能没有资格获得长期护理服务和支持付款。

8. 您或您的配偶是否拥有或持有您的住房的合法权益，包括终身地产？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**"是"**，请填写以下信息，并回答问题 9-15。如果回答**"否"**，请仅回答问题 15。

所有权文件中的人的姓名和地址 _____

_____

房产地点的描述和地址 _____

_____

所有权类型（勾选一项）

☐ 个人（*公平市值*）$ _____ ☐ 共享权益（*公平市值*）$ _____

☐ 共有产权（*公平市值*）$ _____ ☐ 终身地产（*公平市值*）$ _____

所有权文件中的人的姓名和地址 _____

_____

房产地点的描述和地址 _____

_____

所有权类型（勾选一项）

☐ 个人（*公平市值*）$ _____ ☐ 共享权益（*公平市值*）$ _____

☐ 共有产权（*公平市值*）$ _____ ☐ 终身地产（*公平市值*）$ _____

9. 您有配偶吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**"是"**，请填写本节。

姓名 _____ 该人士现在住在您家中吗？ ☐ 是 ☐ 否

10. 您有永久性和完全残障或失明的子女吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**"是"**，请填写本节。

姓名 _____ 该人士现在住在您家中吗？ ☐ 是 ☐ 否

11. 您有 21 岁以下的子女吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**"是"**，请填写本节。

姓名 _____ 出生日期（月/日/年） _____ 该人士现在住在您的家中吗？ ☐ 是 ☐ 否

12. 在您入住医疗机构之前，您是否有对您的住房拥有合法权益并在该住房中居住了至少一年的兄弟或姐妹？
☐ 是 ☐ 否 如果回答**"是"**，请填写本节。

姓名 _____ 该人士现在住在您家中吗？ ☐ 是 ☐ 否

13. 在您入住医疗机构之前，您是否有至少在过去两年内一直住在您的家中并为您提供护理从而让您能够住在家中的子女？
☐ 是 ☐ 否 如果回答**"是"**，请填写本节子女。

姓名 _____ 该人士现在住在您家中吗？ ☐ 是 ☐ 否

14. 您有需要赡养的亲属吗？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答**"是"**，请填写本节。

姓名 _____ 该人士现在住在您家中吗？ ☐ 是 ☐ 否

请描述关系和赡养性质：_____

_____

15. 您打算返回自己的家中吗？ ☐ 是 ☐ 否
（如果您正在申请家庭和社区服务豁免计划，请不要填写本节。）

16. 您或您的配偶对以上问题 8 中所列的**其他**房地产拥有或持有合法权益吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**“是”**，请在下方描述该房产，并列出该房产的地址。

如果您需要更多纸页填写，请另附一页纸。

长期护理保险

17. 您或您的配偶有长期护理保险吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答**“是”**，请填写本节。如果回答**“否”**，请进入下一节（**税表**）。

请**送交一份**保单副本。

公司名称/保单号码		
保单持有人姓名	生效日期（月/日/年）	保费金额 $
公司名称/保单号码		
保单持有人姓名	生效日期（月/日/年）	保费金额 $

税表

18. 您或您的配偶在过去两年是否提交了美国所得税税表？（勾选一项）

☐ 是，两年均已提交 ☐ 是，其中一年提交 ☐ 否，两年均未提交

如果回答**“是”**，您必须送交这些税表的副本。如果您没有保存一份或多份税表副本，**您必须送交填写和签署的 4506 表**。4506 表随附在本申请表的结尾处。

在本附件中签名

我在本附件下方的签名表示，据我所知，我在本附件中提交的内容和陈述是真实和完整的，我同意接受并遵守上述权利和责任，如有不实愿受作伪证之处罚。

重要事项：如果您以经授权代表的身份提交本附件，您必须向我们提交“经授权代表指定表”（ARD），以便我们处理本申请表。填写该表很重要，因为这是我们与您讨论本申请表的唯一方式。

申请人/会员或经授权代表签名	用大写字母填写姓名	日期

附件 B 美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成员(AI/AN)

如果您或您的一名家庭成员是美洲印第安人或阿拉斯加原住民，请填写本附件。

请告诉我们您的美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成员的情况

美洲印第安人和阿拉斯加原住民可从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划接受服务。他们也可能无需支付费用分摊，并可能有特殊的每月注册期。请回答以下问题，以确保您的家庭成员获得尽可能多的帮助。

注释：如果您需要包括更多人，请复印本页并附上。

美洲印第安人/阿拉斯加原住民（AI/AN）第 1 位人士

1. 姓名（名、中间名、姓）

2. 是联邦认可的部落成员吗？

   ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“是”**，部落名称_____

3. 是马萨诸塞州认可的部落成员吗？

   ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“是”**，部落名称 _____

4. 该人士曾经从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划获得服务，或者通过一项此类计划的转介获得服务吗？

   ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“否”**，该人士有资格从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划获得服务，或者通过一项此类计划的转介获得服务吗？

   ☐ 是 ☐ 否

5. 收到的某些款项可能不能计入 MassHealth。请列出您的申请表中报告的任何收入（金额和领取频率），其中包括：

   - 部落提供的来自自然资源、使用权、租赁或特许权使用费的人均付款
   - 来自内政部指定为印第安人信托土地（包括保留地和前保留地）的土地自然资源、农业、牧场、渔业、租赁或特许权使用费的付款
   - 通过出售具有文化意义的物品获得的钱款。

     $ _____ 多久一次？_____

美洲印第安人/阿拉斯加原住民（AI/AN）第 2 位人士

1. 姓名（名、中间名、姓）

2. 是联邦认可的部落成员吗？

   ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“是”**，部落名称 _____

3. 是马萨诸塞州认可的部落成员吗？

   ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“是”**，部落名称 _____

4. 该人士曾经从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划获得服务，或者通过一项此类计划的转介获得服务吗？

   ☐ 是 ☐ 否

   如果回答**“否”**，该人士有资格从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划获得服务，或者通过一项此类计划的转介获得服务吗？

   ☐ 是 ☐ 否

5. 收到的某些款项可能不能计入 MassHealth。请列出您的申请表中报告的任何收入（金额和领取频率），其中包括：

   - 部落提供的来自自然资源、使用权、租赁或特许权使用费的人均付款
   - 来自内政部指定为印第安人信托土地（包括保留地和前保留地）的土地自然资源、农业、牧场、渔业、租赁或特许权使用费的付款
   - 通过出售具有文化意义的物品获得的钱款。

     $ _____ 多久一次？_____

附件 C 个人护理员

请用大写字母清楚地填写。请填写所有的栏目。如果您需要更多纸页填写任何栏目，请另附一页纸（包括您的姓名和社会安全号码），并将其附在本表中。

邮寄至：Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

或传真至：(857) 323-8300

申请人/会员信息

姓	名	中间名首字母	电话号码
社会安全号码	出生日期（月/日/年）		性别 ☐ 男 ☐ 女
街道地址	城市	州	邮编

有关您的健康问题的信息

请在下方列出并描述您所有的医疗和精神健康问题。包括任何使您难以完成日常生活活动的事情，例如洗澡、吃饭、上厕所、穿衣等，即使您没有接受该问题的治疗。

1. _____
2. _____
3. _____

有关您需要实际（有人亲自）帮助的日常生活活动的信息

如果您需要他人亲自动手帮助来完成以下日常生活活动，请在下表中告诉我们。如果您对以下任何项目勾选**"是"**，请告诉我们您需要帮助的频率。

日常生活活动：	您需要有人亲自帮助吗？	您一**天**多少次需要有人亲自帮助？	您**一周几天**需要有人亲自帮助？
活动能力（从床上移到椅子上、步行或使用经批准的医疗设备）	☐ 是 ☐ 否		
服药	☐ 是 ☐ 否		
洗澡（盆浴、床浴、淋浴或椅上淋浴）或一般梳理（如刷牙或梳头）	☐ 是 ☐ 否		
穿衣/脱衣	☐ 是 ☐ 否		
活动范围练习（通过活动锻炼关节）	☐ 是 ☐ 否		
进食	☐ 是 ☐ 否		
如厕（如上下抽水马桶、擦拭、穿脱衣服或换尿布）	☐ 是 ☐ 否		

照护人信息

请向我们提供现在为您提供帮助的人的姓名以及与您的关系。

照护人姓名	与您的关系（例如亲属、邻居、个人护理员）
照护人姓名	与您的关系（例如亲属、邻居、个人护理员）

我确认，据我所知，本表中的信息准确和完整，如有不实愿受作伪证之处罚。
如果您代表某人填写本表，则还必须填写"经授权代表指定表"，并与本表一起送回。您作为经授权代表在本表中的签名确认本表中的信息据您所知准确和完整。

X _____ _____ _____

申请人/会员或经授权代表签名　　用大写字母填写姓名　　日期

附件 D 来自工作的医疗保险

如果家中有人有资格从工作获得医疗保险，无论他们有没有注册参加该保险，请回答以下问题。为提供保险的每一份工作随附本页副本。

请告诉我们提供保险的工作的情况

雇员信息

1. 雇员姓名（名、中间名、姓）

2. 雇员社会安全号码
___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

3. a. 本申请表中至少有一人目前符合资格或已注册参加该雇主提供的保险，或者本申请表中至少有一人在今后 3 个月会符合资格吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果对 3a 回答**“是”**，请继续。如果对 3a 回答**“否”**，请停下，跳过剩余的附件 D 问题。

b. 如果有人处于等候期或试用期，该人士何时可以注册参加保险？（月/日/年）_____

雇主信息

4. 雇主名称

5. 联邦税收 ID（如已知）
___ ___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

6. 雇主地址

7. 雇主电话号码

8. 城市

9. 州

10. 邮政编码

11. 我们可以就该工作的雇员医疗保险与谁联系？

12. 电话号码（如果与以上电话号码不同）

13. 电子邮件地址

请告诉我们该雇主提供的保健计划的情况

14. a. 向雇员提供的费用最低的个人保健计划名称是什么？*

b. 雇主提供的保健计划符合最低保险价值标准吗？ ☐ 是 ☐ 否

c. 雇员必须为该项计划支付多少保费？$ _____

d. 该名雇员多久支付一次这笔金额？_____

15. a. 为符合资格的其他家庭成员通过雇主承保的最低费用保健计划的名称是什么？

_____

b. 雇主提供的保健计划符合最低保险价值标准吗？ ☐ 是 ☐ 否

c. 雇员必须为该项计划支付多少保费？$ _____

d. 该名雇员多久支付一次这笔金额？_____

16. 雇主将为新计划年度做出哪些变更（如已知）？

a. 雇主不会提供医疗保险。保险终止日期（月/日/年）：_____

b. 该人士计划放弃雇主医疗保险。保险终止日期（月/日/年）：_____

c. 雇主将开始向雇员提供医疗保险，或更改可提供且符合最低价值标准的最低费用个人或家庭保健计划的保费。*（保费应反映保健计划的折扣。）

该名雇员为该项计划支付多少保费？$ _____ 多久一次？_____

更改日期（月/日/年）_____

*如果雇主赞助的保健计划在计划承保的总许可福利费用中所占份额至少是此类费用的 60%（《1986 年国内税收法典》第 36B(c)(2)(C)(ii) 节），则该保健计划符合“最低价值标准”。

移民身份和文件类型

申请表中的问题 13b 和 23b 询问非公民其移民身份以及支持其移民身份的移民文件类型。请参阅以下列表，填写问题 13b 和 23b。如果您需要进一步帮助，请访问网站 www.MAhealthconnector.org/immigration-document-types，在线查找详细信息。

合格移民身份

自 2026 年 10 月 1 日起，美国公民和国民、合法永久居民（LPR 或绿卡持有者）、古巴-海地入境者（CHE）以及《自由联合协定》（COFA）移民，均有资格获得 MassHealth 全面承保。

- 美亚混血儿
- 获庇护者
- 古巴海地入境者
- 暂缓驱逐出境者
- 出生于加拿大或美国以外领土的美洲原住民
- 难民
- 严重人口贩运受害者或其配偶、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撤离者
- 1980 年前批准的有条件入境者
- 退伍军人或现役军人或其配偶或家属
- 自由联合协定（COFA）移民
- 合法永久居民
- 获准假释至少一年者
- 受虐配偶或子女（或其父母或子女）
- 非移民身份（签证）者
- 获准假释不足一年者
- 获得临时居民身份者
- 获得临时保护身份（TPS）或具有就业授权的 TPS 申请者
- 根据 8 CFR 274a(12)(c) 获得就业授权者
- 家庭团聚受益者
- 延迟强制离境者
- 延期遣返身份者（符合童年抵达延期遣返程序（DACA）身份者除外）
- 根据 8 CFR 241 获得行政暂缓驱逐令者
- 获准签证申请且待决身份调整申请者
- 获得就业授权的庇护或暂缓遣返申请者
- 寻求庇护或暂缓遣返的 14 岁以下申请者（至少 180 天）
- 根据《禁止酷刑公约》准予暂缓遣返者
- 特殊移民青少年（SIJ）身份申请者
- 根据童年抵达延期遣返程序（DACA）申请者或已获批准身份者
- 我有文件，但没有上述任何身份（根据移民法律居住的人士（PRUCOL））

移民文件类型

- 再入境许可证（I-327 表）
- 永久居民卡（“绿卡”，I-551 表）
- 难民旅行证件（I-571 表）
- 就业授权卡（I-766 表）
- 机读移民签证（附有临时 I-551 表说明）
- 临时 I-551 表印章（在护照或 I-94 表、I-94A 表中）
- 美国公民与移民服务局签发的出入境记录（I-94 表、I-94A 表）
- 未失效外国护照中的出入境记录（I-94 表）
- 外国护照
- 非移民学生身份资格证明（I-20 表）
- 交换学者身份资格证明（DS2019 表）
- 行动通知（I-797 表）
- 表明暂缓遣返（或暂缓驱逐出境）的文件
- 国土安全部签发的暂缓遣返行政命令
- 表明申请人是联邦认可的印第安部落成员或在加拿大出生的美洲印第安人的文件
- 难民安置办公室（ORR）资格证明信（如未满 18 岁）
- 美属萨摩亚居民卡
- 美国公民与移民服务局（USCIS）收据确认书（I-797C）
- 美国签证（例如 B1/B2 签证、R 签证、过境卡、J/F/M 签证）

种族（选择填写）

请选择最适当地描述您的选项。填写所有适用的项目。请在问题 8 中回答有关第 1 位人士的问题，并在问题 18 和问题 19 中回答有关第 2 位人士的问题。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民、亚裔、黑人或非裔美国人、夏威夷原住民或其他太平洋岛民、白人、种族此处未列出、不知道、选择不回答。

族裔

非裔、非裔美国人、美国人、印度人、巴西人、柬埔寨人、佛得角人、加勒比岛民、中美洲人、奇卡诺人、华人、哥伦比亚人、古巴人、多米尼加人、东欧人、欧洲人、菲律宾人、关岛人或查莫罗人、危地马拉人、海地人、洪都拉斯人、日本人、韩国人、老挝人、墨西哥人、墨裔美国人、中东人或北非人、其他亚裔、葡萄牙人、波多黎各人、俄国人、萨尔瓦多人、萨摩亚人、南美洲人、越南人、族裔未列出（请注明）、不知道、选择不回答。

经授权代表指定表

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的朋友、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，确认自己将以负责任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**。

Form **4506**

(April 2025)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

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: Get faster service: Online at www.irs.gov, **Get Your Tax Record** (Get Transcript) or by calling **1-800-908-9946** for specialized assistance. We have teams available to assist. **Note:** Taxpayers may register to use Get your tax records and transcripts | Internal Revenue Service to view, print, or download the following transcript types: **Tax Return Transcript** (shows most line items including Adjusted Gross Income (AGI) from your original Form 1040-series tax return as filed, along with any forms and schedules), **Tax Account Transcript** (shows basic data such as return type, marital status, AGI, taxable income and all payment types), **Record of Account Transcript** (combines the tax return and tax account transcripts into one complete transcript), **Wage and Income Transcript** (shows data from information returns we receive such as Forms W-2, 1099, 1098 and Form 5498), and **Verification of Non-filing Letter** (provides proof that the IRS has no record of a filed Form 1040-series tax return for the year you request).

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, suite, or inmate 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 sent to the third party, ensure that lines 5 through 7 are completed before signing. (see instructions).

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 tax year or period using the mm/dd/yyyy format (see instructions).

_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

8	**Fee.** There is a $30 fee for each return requested. **Full payment must be included with your request or it will be rejected. Make your check or money order payable to "United States Treasury." Enter your SSN, ITIN, or EIN and "Form 4506 request" on your check or money order**	
a	Cost for each return	**$**
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 complete

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

Print/Type name | **Title** (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)

Spouse's signature | Date

Print/Type name

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*.

General Instructions

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines, *including lines 5 through 7*, have been completed.

Designated Recipient Notification. Internal Revenue Code, Section 6103(c), limits disclosure and use of return information received pursuant to the taxpayer's consent and holds the recipient subject to penalties for any unauthorized access, other use, or redisclosure without the taxpayer's express permission or request.

Taxpayer Notification. Internal Revenue Code, Section 6103(c), limits disclosure and use of return information provided pursuant to your consent and holds the recipient subject to penalties, brought by private right of action, for any unauthorized access, other use, or redisclosure without your express permission or request.

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.

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 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, Arizona, Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, New Mexico, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, 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
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 S-2 Kansas City, MO 64999
Alaska, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Kansas, Michigan, Montana, Nebraska, Nevada, North Dakota, Ohio, Oregon, South Dakota, Utah, Washington, Wyoming	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 9941 Mail Stop 6734 Ogden, UT 84409

Chart for all other returns

For returns not in Form 1040 series, if the address on the return was in:	Mail to:
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 S-2 Kansas City, MO 64999
Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Hawaii, Idaho, Iowa, Kansas, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Texas, Utah, Washington, 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 the social security number (SSN) or individual taxpayer identification number (ITIN) for the individual listed on line 1a, or enter the employer identification number (EIN) for the business listed on line 1a. 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, include it on this line 3. If you are currently incarcerated, include your inmate identification number, name and address 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, or Form 8822-B,Change of Address or Responsible Party — Business, with Form 4506.

Line 7. Enter the end date of the tax year or period requested in mm/dd/yyyy format. This may be a calendar year, fiscal year or quarter. Enter each quarter requested for quarterly returns. Example: Enter 12/31/2018 for a calendar year 2018 Form 1040 return, or 03/31/2017 for a first quarter Form 941 return.

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, *including lines 5 through 7*, 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.