

- 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

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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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 _____ 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:

- 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
- 您、您的配偶或代表您的人是否曾转让收入或收入权? 是 否
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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 \$ _____

- 该设施仍然持有该押金吗? 是 否
- 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”，请填写本栏。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
----------------	-----------	----