# 长期护理家庭和社区服务豁免

您是否需要疗养院类型设施中的长期护理服务？ 是  否

如果回答是，您必须回答所有的问题，并填写本附录的所有栏目。

您是否根据家庭和社区服务豁免在申请接受家中长期护理服务？ 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。如果您需要更多空间填写任何栏目，请用另外一张纸填写（包括您的姓名和社会安全号码），

并将其附在本附录中。

**申请人/会员信息**

姓、名、中间名首字母
社会安全号码
医院、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，请不要填写本栏。)

住在家中的配偶可能会保留您的部分收入。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，进入下一个栏目（资源转让）。

请送交您的配偶当前生活费证明。

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、兄弟和/或姐妹与您的配偶同住？ 是  否

如果回答是，请填写本栏。如果回答否，请进入下一栏（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您的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物业？ 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、变更所有权、赠与或出售任何资产，包括您的房屋或其他房地产？ 是  否

d. 您、您的配偶或代表您的人是否曾更改任何房地产的契约或所有权，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物业的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物业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 $

7. 您、您的配偶或代表您的人是否曾向任何医疗护理或居住设施（例如辅助生活设施、持续护理退休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；(2) 将对您的不动产设置留置权。

注释： 如果您在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费。

8. 您或您的配偶是否拥有或有您的房屋的合法权益，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

物业位置的描述和地址
所有权类型（勾选一项）

个人（公平市值） $
共享权益（公平市值） $
联权共有（公平市值） $
 终身地产（公平市值） $

物业位置的描述和地址
所有权类型（勾选一项）

个人（公平市值） $
共享权益（公平市值） $
联权共有（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，请填写本栏。

姓名 这个人现在住在您的家中吗？ 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，请填写本栏。

姓名 这个人现在住在您的家中吗？ 是  否

11. 您有 21 岁以下的子女吗？ 是  否 如果回答是，请填写本栏。

姓名 出生日期（月/日/年） 这个人现在住在您的家中吗？  是  否

12. 在您入住医疗机构之前，您是否有对您的房屋拥有合法权益并在该房屋中居住了至少一年的兄弟或姐妹？ 是  否

如果回答是，请填写本栏。

姓名 这个人现在住在您的家中吗？ 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因此允许您住在家中的儿子或女儿？ 是 否

如果回答是，请填写本栏。

姓名 这个人现在住在您的家中吗？ 是  否

14. 您有需要赡养的亲属吗？ 是  否 如果回答是，请填写本栏。

姓名 这个人现在住在您的家中吗？ 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，请不要回答这个问题。）

16. 您或您的配偶对以上第 8 项中所列的其他房地产拥有或有合法权益吗？ 是  否

如果回答是，请在下方描述该物业，并列出该物业的地址。

如果您需要更多空间，请用另外一张纸填写。

**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，请进入下一栏（税表）。

请发送保单副本。

公司名称/保单号
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
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，两年都已提交
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 IRS 4506 表。4506 表随附在本申请表末尾处。

## 在本附录中签名

我在本附录下方的签名表示，据我所知所信，我在本附录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录，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。填写本表很重要，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

LTC-SUPP-ZH-CHS-0320