

Medicare储蓄计划（MSP）申请说明

使用本申请表查看您或您/您的配偶是否符合由州政府为您支付Medicare保费和/或分摊费用的条件。此申请表不能用于申请长期服务和支持等其他福利。如果您想申请其他Medicaid保险，或需要协助填写此表格的任何部分，请联系您当地的Medicaid办公室：www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu

Medicare储蓄计划（MSP）有三种类型：

合格Medicare受益人计划 (QMB)：州政府支付您的Medicare A部分和/或B部分的保费和分摊费用（自付额、共同保险和共付额）。如果您符合QMB资格，您将自动满足额外帮助条件，以支付您Medicare D部分的药物保险费用。

指定低收入Medicare受益人计划 (SLMB)：州政府支付您Medicare B部分的保费，您将自动满足额外帮助条件，以支付您Medicare D部分的药物保险费用。

合格个人计划 (QI)：州政府支付您Medicare B部分的保费，您将自动满足额外帮助条件，以支付您Medicare D部分的药物保险费用。

州政府将决定您是否符合资格（以及您的配偶是否符合资格，如果您的配偶也申请的话）。如果您的MSP获得批准，您的B部分保费将不再从您的社保、铁路或公务员退休福利中扣除，并且您将自动加入额外帮助计划，以支付您Medicare D部分的保费和承保处方药的分摊费用。如果您尚未加入额外帮助福利，请联系您的Medicaid办公室。

遗产追偿不适用于您获得的任何支付Medicare保费或分摊费用的帮助。这意味着您不需要偿还通过Medicare储蓄计划获得的任何帮助。

申请时可能需要的材料

您可能需要提供文件副本来确认某些信息，包括：

- 收入证明（如退休金、残疾福利或工资单）
- 资产证明（如银行对账单或人寿保险单）
- Medicare证明
- 对于非公民，需提供合格移民身份的证明（如绿卡、护照或国土安全部的其他文件）
- 居住地证明（如租金收据、水电费账单或州政府颁发的身份证）

如果需要更多书写空间，请附加额外的页面。

申请方式

- 填写在线申请表：_____
- 将纸质申请表邮寄至：_____
- 将此申请表传真至：_____
- 前往您所在地的[州政府机构]办公室：_____
- 致电您所在地的[州政府机构]寻求帮助：_____

请保留一份申请表副本，以作记录。

接下来该怎么做？

您的Medicaid机构将审核您的申请。您应该会在45天内收到有关您是否符合资格的答复。如果您在45天内没有收到回复，请联系您的Medicaid机构。

获取有关Medicare储蓄计划问题的帮助

如对Medicare储蓄计划或Medicare福利有疑问，请联系您当地的州健康保险援助计划（SHIP）。要联系有关部门，请致电[877-839-2675](tel:877-839-2675)或访问www.shiphelp.org/。

Medicare储蓄计划申请表

个人信息				
申请人——请列出您Medicare卡上的姓名				
姓氏	名字		中间名	
您居住的地址	城市	州	邮政编码	
邮寄地址（若与上述地址不同）	城市	州	邮政编码	
主要电话：		备用电话（选填）：		
电子邮件地址（选填）		婚姻状况：未婚（单身/离异/丧偶） <input type="checkbox"/> 已婚，与配偶同住 <input type="checkbox"/> 已婚，但与配偶分居 <input type="checkbox"/>		
公民身份：				
您是美国公民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
如果不是，您是否具有合格移民身份？ <input type="checkbox"/> 是（请填写以下信息） <input type="checkbox"/> 否				
外国人编号、I-94编号或证件ID以及 证件类型	授予身份的日期	您入境美国的日期	原籍国	
您、您的配偶或父母是美国退伍军人或现役军人吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
您的配偶是美国公民吗（如果您的配偶也申请MSP的话）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
如果不是，他们是否具有合格移民身份？ <input type="checkbox"/> 是（请填写以下信息） <input type="checkbox"/> 否				
外国人编号、I-94编号或证件ID以及 证件类型	授予身份的日期	您入境美国的日期	原籍国	
家庭成员				
包括与您生活在同一家庭的配偶。包括生活在同一家庭且至少有一半经济来源依赖于您或您配偶的亲属。如果需要更多书写空间，请附加额外的页面。				
姓名（姓氏、名字、中间名）	与您的关系	出生日期	是否申请MSP福利？	社会安全号 （如果申请MSP，需提供）
	本人		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	配偶		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	其他 （请说明）		不适用	选填
	其他 （请说明）		不适用	选填

Medicare承保信息

您有Medicare保险吗？		承保类型	Medicare号码
本人	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	A部分 <input type="checkbox"/>	
		B部分 <input type="checkbox"/>	
配偶	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	A部分 <input type="checkbox"/>	
		B部分 <input type="checkbox"/>	

其他健康保险信息

(例如雇主、Medigap、Tricare、VA健康福利)

保单持有人	保险公司	保险类型	保单号码

收入

列出您或您的配偶获得的所有收入。请提供扣除任何税款或保险费等项目之前的收入金额。收入类型包括但不限于：

- 社会保障福利
- 补充保障 (SSI)
- 工作补偿
- 退伍军人福利
- 赡养费
- 公共援助
- 失业保险
- 自营职业
- 股息及利息
- 租金收入
- 工作收入
- 佣金收入
- 铁路福利
- 公务员退休福利

[illegible]

资产

如果您或您的配偶拥有资产，请列出资产类型、资产所有者以及资产是个人拥有还是共同所有。资产包括但不限于：

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 现金 • 支票账户 • 储蓄账户 • 货币市场账户 | <ul style="list-style-type: none"> • 共同基金 • 储蓄债券 • 股票 • 存款证 (CD) | <ul style="list-style-type: none"> • 个人退休账户 (IRA) • 丧葬基金 • 您拥有的房屋或土地
(不包括主要居所) |
|--|--|---|

资产类型	所有者姓名	所有权	当前价值
		个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>	\$
		个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>	\$
		个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>	\$
		个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>	\$
		个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>	\$
		个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>	\$
		个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>	\$
		个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>	\$
		个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>	\$

您或您的配偶是否拥有任何车辆（汽车、卡车、船、房车、摩托车、露营车和/或拖车）？

如果是，请在下面列出并指出您的主要车辆是哪一辆：

所有者姓名	所有权	车辆类型	年份	品牌/型号	价值	欠款金额
	个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	个人 <input type="checkbox"/> 共同 <input type="checkbox"/>				\$	\$

您和/或您的配偶是否拥有总面值超过1,500美元的终身人寿保险单？如果有，请在下面列出：

被保险人	保险公司名称/保单号码	需要帮助查找 保单的价值？	面值	现金价值
		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	\$	\$
		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	\$	\$

签署前请仔细阅读

我理解：

- 我必须立即向Medicaid机构报告我的任何情况变化。迟报可能会导致错误的赔付。
- 我的情况需要接受Medicaid机构或其他州或联邦机构的核实。
- 如果我符合资格，Medicaid机构可能会要求我出示证明。Medicaid机构可能会帮助我获取证明，或联系其他人或机构获取证明。
- 通过提交此申请，我授权州Medicaid机构代表我联系我的人寿保险公司。
- 通过申请和接受医疗福利，我将任何医疗支持和第三方医疗支付的所有权利转让给州政府。
- 如果我被认定有资格参加Medicare储蓄计划，我将不会因获得支付我的Medicare保费、免赔额或共同保险的任何帮助而被追讨遗产。

我们处理您的申请后，您将通过邮件收到资格通知。如果您对自己的资格有异议，可以提出上诉。查看您的资格通知，了解针对您家庭中申请保险的每个人的具体上诉说明，包括您有多少天的时间来请求上诉。以下是请求上诉时需要考虑的重要信息：

如果您愿意，您可以让其他人请求或参与您的上诉。该人可以是朋友、亲戚、律师或其他个人。或者，您可以自行请求并参与上诉。

如需上诉，请拨打1-800-XXX-XXXX（听障语障电话：1-800-XXX-XXXX）。或者，访问 [medicaid.state.gov] 获取上诉表格。您也可以自己写信寄至或携带前往州Medicaid机构，地址：321 Any Road, Any City, Any State 00100。

声明及签名

我已阅读并了解此申请中的信息。我声明，根据伪证处罚规定，我在此申请中提供的信息据我所知是真实、正确和完整的。

申请人/代理人签名：

日期：

配偶签名（如适用）：

日期：

代理人姓名：

代理人电话号码：

与申请人的关系：

代理人邮寄地址：

代理人电子邮件地址：

您有权以无障碍格式（如大字体、盲文或音频）获取信息。如果您觉得自己受到了歧视，您也有权提出投诉。访问[Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)，或致电1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）了解更多信息。TTY用户可致电1-877-486-2048。

选填：（提供此信息不会影响您的资格。）

本人：勾选所有适用项

如果是西班牙裔/拉丁裔

☐墨西哥人 ☐墨西哥裔美国人 ☐奇卡诺人 ☐波多黎各人 ☐古巴人 ☐其他_____

种族

☐白人 ☐美国印第安人或阿拉斯加原住民 ☐菲律宾人 ☐越南人 ☐关岛人或查莫罗人
☐黑人或非裔美国人 ☐亚裔印度人 ☐日本人 ☐其他亚裔 ☐萨摩亚人
☐中国人 ☐韩国人 ☐夏威夷原住民 ☐其他太平洋岛民
☐其他_____

选择一个答案。

出生时指定的性别（可以在您的出生证明上找到）

☐女性 ☐男性 ☐其他_____ ☐不清楚 ☐不想回答

现在的性别：

☐女性 ☐男性 ☐跨性别女性 ☐跨性别男性 ☐不同的说法_____ ☐不清楚 ☐不想回答

性取向：

☐双性恋 ☐女同性恋或男同性恋 ☐异性恋（不是女同性恋或男同性恋） ☐不同的说法_____
☐不清楚 ☐不想回答

选填：（提供此信息不会影响您的资格。）

配偶：勾选所有适用项

如果是西班牙裔/拉丁裔

☐墨西哥人 ☐墨西哥裔美国人 ☐奇卡诺人 ☐波多黎各人 ☐古巴人 ☐其他_____

种族

☐白人 ☐美国印第安人或阿拉斯加原住民 ☐菲律宾人 ☐越南人 ☐关岛人或查莫罗人
☐黑人或非裔美国人 ☐亚裔印度人 ☐日本人 ☐其他亚裔 ☐萨摩亚人
☐中国人 ☐韩国人 ☐夏威夷原住民 ☐其他太平洋岛民
☐其他_____

选择一个答案。

出生时指定的性别（可以在您的出生证明上找到）

☐女性 ☐男性 ☐其他_____ ☐不清楚 ☐不想回答

现在的性别：

☐女性 ☐男性 ☐跨性别女性 ☐跨性别男性 ☐不同的说法_____ ☐不清楚 ☐不想回答

性取向：

☐双性恋 ☐女同性恋或男同性恋 ☐异性恋（不是女同性恋或男同性恋） ☐不同的说法_____
☐不清楚 ☐不想回答