

MEDICAID 或 MEDICARE 储蓄计划申请

请选择您要申请的 Medicaid 类型 (如果已知) :

- ☐ 常规 Medicaid
- ☐ Waiver Medicaid
- ☐ 长期护理 Medicaid
- ☐ Medicare 储蓄计划
- ☐ 减少开支

疑问有？需要帮忙？请致电

1-855-306-8959

听力障碍人士请致电

1-800-648-6056

说明：

1. 填写整个表格。如果您需要更多空间来书写，请附上额外的页面。
2. 根据要求提供文件副本。
3. 请阅读最后一页上说明的您的权利和责任。
4. 在第 6 页底部签署申请表。
5. 确定您是否愿意完成第 7-9 页上的自愿 **kynect** 资源需求评估，该评估可以为您提供其他社区计划/服务/资源。
6. 返回给您所在县的当地社区服务部 (DCBS) 办事处。您可以致电 1-855-306-8959 或访问 DCBS 当地办事处搜索来查找当地办事处：https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx。您还可以将申请表传真至集中收发室，电话：1-502-573-2005 或 1-502-573-2007。

向我们提供您个人信息的：

姓：	名：	中间名首字母：	性别：
			出生日期：
实际地址：	城市：	州：	邮递区号：
这是设施/机构吗？ ☐ 是 ☐ 否			
邮寄地址：	城市：	州：	邮递区号：
社会安全号码：	电话号码：	您居住的县：	

肯塔基州联邦健康与家庭服务内阁
社区服务部

婚姻状况： ☐ 单身 ☐ 已婚，同居 ☐ 已婚，分居 ☐ 离婚 ☐ 丧偶	SSI 状态： ☐ 从未应用过 ☐ 目前正在接收 ☐ 待定 ☐ 被拒绝/中止 原因：	技术资格： ☐ 老年人（65 岁或以上） ☐ 盲人 ☐ 残疾人 在护理机构或豁免计划中？ ☐ 是 ☐ 否
报税状态：	主要申请人所使用的语言（如果不是英语）：	

是否有人帮助您完成此申请？如果是，请在下方提供他们的信息：

关系： ☐ 配偶 ☐ 代理人 ☐ 监护人 ☐ 授权代表			
如果是其他人，请说明：			
姓：	名：	中间名首字母：	电话号码：
地址：	城市：	州：	邮递区号：

我指定此人为我的授权代表，为我申请 MEDICAID。

申请人签名：X _____ 日期：_____

请提供授权代表身份证明。可接受的授权代表证明文件的示例包括：

- MAP-14 授权代表委托书 -
可在此处找到：<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/MAPForms/MAP14.pdf>
- 授权书文件
- 验证监护权的法庭文件

家庭信息
列出住在您家中的所有人

关系	姓	名	中间名 首字母	出生日期	性别	社会安全号 码	种族*	西班牙裔/ 拉丁裔？	美国公民 ？
本人					☐ 男 ☐ 女			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
					☐ 男 ☐ 女			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
					☐ 男 ☐ 女			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
					☐ 男 ☐ 女			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
					☐ 男 ☐ 女			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

*对于种族：请使用任何适用的代码。如果您不回答，您的承保范围不会受到影响。(A)
美洲印第安人/阿拉斯加原住民；(B) 黑人；(P) 夏威夷原住民/太平洋岛民；(S)
亚洲人；(W) 白人。

您或您的配偶有健康保险吗？
(连同申请表一起发送卡正面和背面的副本)

☐ MEDICARE A 部分 本人 ☐ 配偶 ☐	索赔号 (卡上) : 索赔号 (卡上) :	生效 日期 :
☐ MEDICARE B 部分 本人 ☐ 配偶 ☐	索赔号 (卡上) : 索赔号 (卡上) :	生效 日期 :
☐ MEDICARE C 部分 本人 ☐ 配偶 ☐	索赔号 (卡上) : 索赔号 (卡上) :	生效 日期 :
☐ MEDICARE D 部分 本人 ☐ 配偶 ☐	索赔号 (卡上) : 索赔号 (卡上) :	生效 日期 :
提供商名称 : 本人 ☐ 配偶 ☐		
☐ 其他保险单	索赔号 (卡上) :	生效日期 :
公司名称和地址 :		
☐ 其他保险单	索赔号 (卡上) :	生效 日期 :
公司名称和地址 :		

您的收入和您配偶的收入（如果已婚）：

非劳动收入			
例子：社会保障、退伍军人、铁路退休金、养老金、赡养费或抚养费、租金收入、烟草和解、年金/投资收益			
谁的收入	收入类型	总金额 (扣除 之前)	收到的频率

劳动收入				
例子：工作工资或自营职业收入				
谁的收入	收入类型	总金额 (扣除前)	收到的频率	雇主的名称和地址

请提供所有收入证明。可接受的证明文件示例包括：

- 来自社会保障、退伍军人事务部或铁路退休人员的福利发放通知书
- 工资单副本
- 自营职业的税务记录副本
- 法院关于赡养费或抚养费的命令
- 公司养老金和退休金报表

肯塔基州联邦健康与家庭服务内阁
社区服务部

您或您的配偶有任何资源吗？

资源示例包括：银行账户、股票和债券、信托、年金、车辆。您必须提供这些资源的证明。可接受的证明文件包括银行对账单、经纪对账单、信托/年金副本。

资源类型	余额/价值	资源持有者？ (银行或公司名称)	拥有者	帐号

您在过去 5 年内是否转让或出售过资源？如果是，请说明：

资源还包括为您或您的配偶提供的人寿保险单或预付丧葬费安排：

保单持有人	保险公司/殡仪馆	保单号码	面值	保单现金退保价值

您或您的配偶是否拥有 您居住的房屋？如果是，请输入以下信息：	您或您的配偶是否拥有 您未居住的房产？如果是，请输入以下信息：
地址：	地址：
当前 PVA 值：	当前 PVA 值：

谅解和协议声明

我保证，据我所知，此信息是正确且真实的。我了解《社会保障法》要求所有援助接受者提供社会安全号码并通过该号码进行身份识别，如果个人拒绝申请社会保障号码，该部门将无法付款或提供 Medicaid。我了解社会安全号码应通过收入和资格验证系统 (IEVS) 用于各种州和联邦匹配。这些匹配包括但不限于社会保障、IRS、SSI、工资记录、失业保险以及 IEVS 授权提供的其他匹配。当发现不一致情形时，可以通过间接联系来验证该信息。根据 IEVS 提供的信息经核实后可能会影响福利资格和金额。该信息仅应在法律允许的情况下向其他机构披露。我声明所有申请所涉及的所有人员均为美国公民或以经批准的外国人身份入境。我证明，据我所知，我在本声明中提供的信息（包括公民身份或外国人身份）是正确和真实的，并同意社区服务部进行任何必要的联系以核实我的声明。我了解此申请表上的信息用于确定我是否有资格享受社区服务部的福利。我了解，如果我提供虚假信息、隐瞒信息或未能在 10 天内报告变更情况，我可能会遭受欺诈指控、我的福利可能减少或丧失，并且我可能会被要求偿还我已收到的福利。我进一步同意社区服务部进行任何必要的联系，以核实我的声明或获取与我的资格相关的其他信息。所有援助申请都会得到考虑，不论种族、肤色、性别、残疾、宗教信仰、国籍或政治信仰如何。如果您不同意针对您的案件采取的任何行动，您或您的代表可以联系您的工作人员请求举行公平听证会。您选择的任何人都可以在听证会上陈述您的案件。

X _____
申请人签名

日期

X _____
申请人的配偶或授权代表签名

日期

X _____
见证人签名（如果有标记签名）

日期

kynet 资源需求评估

以下是额外的资源需求评估，该评估是自愿的，不会影响您的 Medicaid 福利。该评估有助于我们识别和了解您和您的家人可能有的可能影响您健康的其他需求，并将您与可能有帮助的社区资源/服务/计划（例如交通、公用事业、食品、儿童保育等）联系起来。您可以登录您在 <https://kynect.ky.gov/resources> 的 kynect 帐户或致电 2-1-1 参考社区资源/服务/计划来查看您的结果。

任何其他家庭成员都可以通过 <https://kynect.ky.gov/resources> 在线登录其 kynect 帐户或致电 2-1-1 来完成自己的个人需求评估。

圈出最能描述您的情况的字母：

1. 哪一项最能描述您的住房情况？

- a. 我没有稳定的住房。
- b. 我暂时与朋友或家人住在一起。
- c. 我目前没有支付租金/抵押贷款，并面临被驱逐的危险。
- d. 我正在支付租金/抵押贷款，但负担不起（超过收入的 30%）。
- e. 我目前正在利用租金/抵押贷款援助计划。
- f. 我支付租金/抵押贷款毫无困难。

2. 哪一项最能描述您的住房公用设施（水、电、暖气）情况？

- a. 我没有住房/没有住房所需的公用设施。
- b. 我的公用事业服务经常因为不付款而被切断。
- c. 我使用帮助支付公用事业费用的计划。
- d. 我在支付公用事业费用方面遇到困难，但我基本上能够支付。
- e. 我可以支付公用事业费用，这样它们就不会被关闭。

3. 哪一项最能描述您目前的就业状况？

- a. 没工作。
- b. 我的临时、季节性或兼职工作无法满足我的需求；我需要更多的就业机会。
- c. 全职工作，没有任何福利或福利不能满足我的需求。

（注意：福利可能包括医疗、牙科和视力保险以及退休套餐）

- d. 我有临时的、季节性的或兼职的工作来满足我的需求；我不需要更多的就业机会。
- e. 全职工作，福利可满足我的需求。

4. 哪一项最能描述您的收入状况？

- a. 没有收入。
- b. 我的收入不稳定。
- c. 我的收入不足以满足我的需求。
- d. 在援助计划的帮助下，我可以满足我的基本需求。
- e. 我可以在没有援助的情况下满足我的基本需求。
- f. 我的收入满足我的需求，管理良好，而且我可以储蓄。

5. 哪一项最能描述您的饮食状况？

- a. 我无法获得食物。
- b. 我可以获得食物，但没有空间或时间准备饭菜。
- c. 我的家庭接受食品援助，例如 SNAP（食品券）或其他食品援助。
- d. 我可以满足基本的食物需求，但我偶尔需要帮助，例如食品银行。
- e. 我无需帮助即可满足基本食物需求。
- f. 我可以选择购买我家人想要的任何食物。

6. 哪一项最能描述您的育儿情况？

- a. 我需要儿童保育服务，但目前我无力承担儿童保育费用。
- b. 我负担得起儿童保育费用，但儿童保育选项不可靠或无法获得。
- c. 儿童保育由私人朋友或家庭成员提供。
- d. 我可以选择我所选择的优质儿童保育服务。
- e. 我目前不需要儿童保育服务。

7. 哪一项最能描述您的教育水平？

- a. 我没有高中文凭/GED，或者需要阅读和写作方面的帮助。
- b. 我有高中文凭/GED，但有语言方面的障碍。
- c. 我有高中文凭/GED，但我需要额外的教育/培训来改善我的工作状况。
- d. 我已完成就业所需的教育/培训。
- e. 我目前在高中或教育/培训机构学习。

8.哪一项最能描述您的医疗保健承保情况？

- a. 我没有医疗保险，需要尽快获得保险。
- b. 我没有医疗保险，也不需要立即购买保险。
- c. 我的一些家庭成员（例如孩子）有医疗保险，但我希望获得帮助了解如何使用它。
- d. 我的一些家庭成员（例如孩子）有医疗保险，并且我们了解如何使用它。
- e. 我家庭的所有成员都享有负担得起的健康保险，但我希望帮助了解如何使用它。
- f. 我家庭的所有成员都享有负担得起的健康保险，并且我们了解如何使用它。

9. 哪一项最能描述您的交通状况？

- a. 我没有任何交通工具。
- b. 我有一辆车，但无法驾驶，或者它不可靠。
- c. 我使用公共交通工具或自行车，但不方便或受到限制。
- d. 我不需要交通方面的帮助。

10.您是否需要与心理健康相关的资源？

- a. 是，我需要心理健康方面的帮助。
- b. 否——我不需要约心理健康方面的帮助。

11.您是否需要与药物使用相关的资源？

- a. 是，我需要药物使用方面的资源。
- b. 否，我不需要药物使用方面的资源。

12.您是否需要与家庭暴力相关的资源？

- a. 是，我需要家庭暴力方面的资源。
- b. 否，我不需要家庭暴力方面的资源。

13.哪一项最能描述您照顾老年人和/或残疾人的情况？

- a. 我本人或因年龄或残疾而由我照顾的人迫切需要帮助。
- b. 我或我照顾的人可能因年龄或残疾而需要护理方面的援助。
- c. 我不需要照顾老人/残疾人方面的帮助。

14. 哪一项最能描述您孩子的学校经历？

- a. 我有一名或多名未入学的学龄孩子。
- b. 我的一个或多个孩子已入学，但只上学一段时间。
- c. 我的一个或多个孩子已注册入学，且大部分或全部时间都在上课。
- d. 我没有学龄孩子。

15. 哪一项最能描述您满足日常基本需求的能力？

- a. 我没有能力满足食物、衣服或定期洗澡场所等基本需求。
- b. 我可以满足一些但不是全部的基本需求。
- c. 我能够满足大部分但不是全部的基本需求。
- d. 我每天都能满足所有基本需求。

16. 哪一项最能描述您的社交关系和友谊？

- a. 我很孤立和/或我不想与人交往。
- b. 我想更多地参与家庭或团体，但需要更多信息或支持。
- c. 我有强大的家庭/社会支持和/或我积极参与社区或支持小组。

17. 哪一项最能描述您对法律支持的需求？

- a. 我有未执行的搜查令或有待处理的指控。
- b. 我完全遵守缓刑或假释条款。
- c. 我没有重罪犯罪记录，或者在超过 12 个月内没有涉及刑事司法。

18. 哪一项最能描述您的育儿技能？

- a. 我需要资源来提高我的育儿技能。
- b. 我的育儿技能足够或发展良好。
- c. 我没有孩子。