



續保申請指南

請使用本指南來協助您填寫
OHP 福利續保 — 第 2 部分表格

透過線上進一步瞭解俄勒岡州健康計劃或續保福利，
網址為 www.OHP.Oregon.gov

您需要以其他格式或其他語言獲得本文件包中的資料嗎？我們可以提供協助。請致電 **1-800-699-9075** (聽障專線 711) 與我們聯絡，或者您可透過電子郵件將您的申請寄送至 altformat.app@state.or.us。其他格式包括大字版、盲文版、語音版、線上通訊及其他電子格式。

¿Necesita los materiales de este paquete en otro formato o idioma? Podemos ayudarle. Llámenos al **1-800-699-9075** (TTY [personas con problemas auditivos] 711) o envíenos un mensaje a altformat.app@state.or.us con su pedido. Entre los formatos alternativos se hallan: letra grande, Braille, grabaciones de audio, comunicaciones basadas en Internet y otros formatos electrónicos.

Если материалы данного пакета нужны вам в другом формате или на другом языке, мы можем помочь. Пожалуйста, звоните нам по телефону **1-800-699-9075** (телетайп для слабослышащих - 711). Вы также можете выслать ваш запрос на эл. ящик: altformat.app@state.or.us. Альтернативный формат – это документы, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля, в аудио записи, общение по интернету или других электронных форматах.

Quý vị có cần tài liệu trong tập hồ sơ này bằng một hình thức hoặc ngôn ngữ khác? Chúng tôi có thể giúp đỡ. Xin gọi điện thoại cho chúng tôi tại số **1-800-699-9075** (TTY- điện thoại dành cho người điếc hoặc khuyết tật về phát âm-711) hoặc quý vị có thể email yêu cầu của quý vị về altformat.app@state.or.us. Hình thức thay thế bao gồm in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille, băng thâu âm, truyền tin trên trang mạng và các hình thức điện tử khác.

目錄

本指南可為您提供哪些協助？	3
填寫續保申請表的建議	3
需要協助填寫續保申請表嗎？	3
我可以在哪裡找到我的個案編號？	3
必填問題	3
步驟 1 — 家庭變更	4
新增某人至您家庭中、將某人從您家庭中移除，或為您家中目前沒有領取福利的人士申請福利	4
法定姓名及出生日期	4
社會安全號碼 (SSN)	4
部落資訊	5
移民身分	5
步驟 2 — 與您家庭有關的進一步問題	6
住家地址	6
通訊地址	6
家庭成員的其他地址	6
懷孕	7
失明或永久殘障	7
選擇當地的健康計劃，也稱為 CCO	8
步驟 3 — 報稅身分、收入及扣除額	9
是否有任何人的報稅身分有變更？	9
是否有人加入您的家庭，其報稅身分是什麼？	9
工作收入	9
透過其他來源所獲得的收入	9
扣除額	9
年收入	10
步驟 4 — 其他健康保險承保	10
步驟 7 — 請閱讀並簽名	11
您的權利和責任	11
通報變更	12
如果您享有其他保險	12
給付轉讓與留置權	13
其他資訊	13
收入與資產驗證	14
轉讓資產的罰則	15
聲明和簽名	15
附錄 A — 老年人及殘障人士 (Medicare)	16

本指南可為您提供哪些協助？

本指南可為您提供有關「俄勒岡州健康計劃福利續保 — 第 2 部分」表格中大多數部分的資訊和說明。如果您對本指南中沒有說明的某個部分有疑問，請致電 1-800-699-9075 (聽障專線 711)。

填寫續保申請表的建議

- 請在續保申請表上簽名後再將其寄出。
 - 請以正楷清楚填寫。
 - 請重複檢查您的答案。
 - 確認您有回答所有必填問題。
 - 請以正確格式填寫所有日期。例如：月月 / 日日 / 年年年年。
 - 切勿使用「？」作為答案。
-

需要協助填寫續保申請表嗎？

您當地的社區合作夥伴可協助您填寫續保申請表。協助為免費提供。

您可在 OregonHealthCare.gov 網站尋找可協助您提出申請的社區合作夥伴。

請致電 1-800-699-9075 (聽障專線 711) 與我們聯絡，以取得協助或索取您所在地區的社區合作夥伴清單。您也可獲得以其他語言提供的協助。

我可以在哪裡找到我的個案編號？

您的個案編號就列於和本文件包一起寄送的信函上。您可在第一頁的方框中找到該編號。

重要事項

這是您的個案編號：XXXXXXXXXX

請將此號碼寫在您寄送給我們的任何文件上。若沒有您的個案編號，處理可能會延遲。

★ 必填問題

必填問題以藍色星號加以標示 (★)。有些問題是您必填的問題。如果您沒有回答必填問題，我們可能需要花費更長時間來處理您的申請。

如果我們需要進一步的資訊才能決定您是否符合健康保險的資格，我們將會寄通知告知您我們所需的資訊。

步驟 1 — 家庭變更

請在**步驟 1**告知我們下列任何人的資訊：

- 您新增至您家庭的人士。這包括未列於您「醫療續保摘要」中的人士。例如，您在去年申請 OHP 之後的某個時間結婚或生寶寶了；或者
- 您要將某人從您的家庭中移除。換而言之，您想將列於您「醫療續保摘要」中的某人從您的家庭中移除。例如，您在去年申請 OHP 之後的某個時間離婚了；或者
- 某位人士現在屬於您的家庭成員，但其目前沒有領取福利。換而言之，其列於您的「醫療續保摘要」中，但他們目前沒有獲得 OHP 福利。例如，當您去年申請 OHP 時，您只為您的子女申請保險，但現在您自己也想獲得 OHP 福利。

1. 您是否要新增某人至您的家庭或將某人從您的家庭移除，或者您是否要為您家中目前沒有領取福利的某人申請福利？

您應隨本指南收到一份「醫療續保摘要」。「醫療續保摘要」列出了我們知道目前屬於您家庭成員之人士的相關資訊。下列人士應包含在您家庭中。

- 您本人
- 您的法定配偶
- 您的同居伴侶（如果你們共同擁有未滿 19 歲的子女）
- 與您同住的子女（未滿 19 歲）；以及
- 您包含在聯邦所得稅申報表中的任何人，包括子女（不論任何年齡）或配偶，即便他們並未與您同住。您不一定要報稅才能獲得健康保險。
- 如果您未滿 19 歲，也請包含與您同住的父母、繼父母以及任何兄弟姐妹（未滿 19 歲）
- 如果您要申請長期照護服務且您有配偶未與您同住，請將您的配偶包含在本申請表中。

法定姓名及出生日期

法定姓名是指由社會安全局所使用的姓名，或是指您在提出申請時提供給社會安全局的姓名。法定姓名也可能會顯示於移民文件、由政府核發的身分證或出生證明上。

我們利用電子資料庫來確認您在申請表中所提供給我們的資訊。在我們確認這些電子資料庫時，我們將會使用您的法定姓名。您可在「請閱讀並簽名」一節閱讀更多有關我們所使用的資料庫相關資訊，該節從第 15 頁開始。

您的法定姓名是我們在寄通知給您時會使用的姓名。

6. 如果該人士要申請 OHP 福利，其社會安全號碼 (SSN) 是多少？

所有申請健康福利並持有社會安全號碼的人都必須提供 SSN。如果您要申請福利但您沒有 SSN，請告知我們您沒有 SSN 的原因。如果您需要協助取得 SSN，我們可能可以提供協助。您可致電 1-800-699-9075 與我們聯絡。您也可以造訪 www.socialsecurity.gov 或致電 1-800-772-1213（聽障專線 1-800-325-0778）與社會安全局聯絡。

沒有要申請福利的家庭成員不需要向我們提供 SSN，也不需要告知我們其沒有 SSN 的原因。不過，向我們提供 SSN 可以加快申請流程。我們使用您的 SSN 來協助我們確認您提供給我們的資訊，如您的收入金額。

9-11. 部落資訊

提供此資訊將可協助我們判定您是否有資格享有某些投保權利 (請參閱第 8 頁) 。

14. 該人士是否擁有下列其中一項移民身分？

我們使用此問題中的資訊來決定其有資格享有什麼等級的保險。

我們可能會使用問題 b-g 的答案來確認您提供給我們的移民身分相關資訊。在填寫申請表時，您不一定要回答這些問題，但回答這些問題可能有助於加快續保流程。

移民文件類型以及卡號或文件編號

請參閱下表以瞭解一些常見的文件類型以及文件編號。如果您所持有的文件未列於下表中，您仍可填寫該文件的名稱。如果您未掌握所有資訊，您可以在該問題留白。如有需要，我們將會寄信向您索取進一步的資訊。

如果您持有下列類型的文件：	請列出卡號或文件編號：
永久居留卡或「綠卡」(I-551)	外僑登記號碼 卡號
重新入境許可 (I-327)	外僑登記號碼
難民旅行文件 (I-571)	外僑登記號碼
工作許可證 (I-766)	外僑登記號碼 卡號 到期日期 類別代碼
機器可判讀移民簽證 (臨時 I-551 蓋章)	外僑登記號碼 護照號碼
臨時 I-551 蓋章 (蓋於護照上或 1-94/1-94A 上)	外僑登記號碼
入境 / 出境記錄 (I-94/I-94A)	I-94 號碼
外國護照中的入境 / 出境記錄 (I-94)	I-94 號碼 護照號碼 到期日期 發照國家
外國護照	護照號碼 到期日期 發照國家
非移民學生身分資格證明 (I-20)	SEVIS ID
交流學者身分資格證明 (DS2019)	SEVIS ID
行動通知 (I-797)	外僑登記號碼或 I-94 號碼
其他	外僑登記號碼或 I-94 號碼 文件類型或名稱說明

若要查看更多符合條件的移民文件，請續下頁。

您也可以列出下列文件：

- 文件中顯示您是獲得聯邦政府認可之印第安部落的成員或美國印第安人且您是在加拿大出生
- 難民安置辦事處 (Office of Refugee Resettlement, ORR) 資格確認信函
- 文件中顯示您可暫緩離境
- 由國土安全部 (Department of Homeland Security, DHS) 所核發的暫緩遞解出境行政命令
- 由美國健康與公共服務部 (Health and Human Services, HHS) 難民安置辦事處 (ORR) 所提供的證明

步驟 2 — 與您家庭有關的進一步問題

2. 您的住家地址是否有變更？

如果您的住家地址已變更，請向我們提供您的新地址（如有）。請務必包含您的郵遞區號。我們需要您住家地址的郵遞區號來確認您所參加的健康計劃有在您所在地區提供服務。

如果您沒有住家地址，請告知我們您大多數時候所待之處的州、郵遞區號及郡縣。

3. 您的通訊地址是否有變更？

如果您的通訊地址已變更，請向我們提供您的新地址（如有）。

如有下列情況，請提供通訊地址：

- 您的收件地址與您的住家地址不同；或
- 您沒有住家地址；或
- 您有安全上的顧慮，包括家庭暴力。

註：您的通訊地址可以是您能夠收取郵件的任何地址。這可能包括朋友、家人、組織等地址。

5. 是否有任何人與主要聯絡人（您本人）居住在不同地址？

如果有人沒有和主要聯絡人同住，我們必須知道其住在哪裡。其他問題則是要讓我們知道其為何包含在您的家庭中。這些問題也可協助我們瞭解，當我們在判定您是否仍符合健康保險的資格時，是否應使用這些人士的資訊。

以下是有關家庭成員暫時離家時可能會待的一些場所相關資訊。

- 社區照護機構是獲得公眾服務部執照的機構，目的在提供長期照護。社區機構的例子包括：
 - » 成人寄養機構
 - » 住院照護機構
 - » 生活輔助機構；以及
 - » 團體照護收容所。
- 看護中心是為人們提供居住場所同時讓人們可以接受醫療保健服務的地方。如有家庭成員在 Oregon State Hospital 住院，您應勾選「住院」旁的方框。

6. 是否有任何人懷孕？

如果您不知道自己的預產期，您應提供預產期的最佳預測或預估日期。如果您知道自己所懷的胎數，請列出該胎數。如果您不知道，請留白，我們在判定您的資格時將會以「1」胎為依據。如果您的預產期或胎數改變，您可致電告知我們。

7. 是否有任何人的妊娠因生產而結束或在過去 3 個月內流產？

OHP 為懷孕人士提供額外的牙科和視力承保。此額外承保也會在妊娠結束後繼續提供兩個月。我們詢問此問題是為了確保能夠為您提供適當的福利。

請僅為列於您申請表中且有要申請健康保險的家庭成員回答問題 10-18。

14-15. 是否有任何人失明或永久殘障？是否有任何人在行走、如廁、沐浴或更衣等方面需要協助？

部分失明、永久殘障或在上列事項需要額外協助的人士有資格獲得額外的健康保險。回答這些問題將可協助我們判定您是否可能有資格獲得這些額外健康保險。

17. 您是否想為每個人更換您希望使用的協調式照護組織 (Coordinated Care Organization, CCO) ? 什麼是 CCO ?

OHP 有本地的健康計劃可以協助您使用福利。這些計劃稱為協調式照護組織 (Coordinated Care Organization, CCO)。CCO 計劃有一群當地的醫療服務提供者可共同合作協助您保持健康，如醫生、諮商師及牙醫。

所有的 CCO 計劃均提供相同的基本俄勒岡州健康計劃福利。OHP 承保醫療照護、牙科照護及心理健康照護。OHP 也承保協助戒癮的服務。

我所在地區有哪些 CCO 計劃 ?

州內的大多數地區都會有一項 CCO。有些地區則有超過一項以上的 CCO。請在 www.bit.ly/CCOplans 網站上查看您所在地區有哪些 CCO 可供使用。

您所在地區有超過一項以上的 CCO 嗎？ 以下是選擇方式：

1. 造訪 www.bit.ly/CCOplans 以查看 CCO 的清單。
2. 比較各項 CCO 計劃並考慮每項計劃所提供的福利。
3. 請查看各計劃的醫療保健服務提供者、藥房、醫院及服務項目。
4. 並非所有醫療服務提供者皆有與您所在地區的 CCO 合作。如果您已有醫療服務提供者，請向他們洽詢他們有與哪些 CCO 計劃合作。您可查看每項 CCO 的醫療服務提供者清單，該清單稱為「醫療服務提供者名錄」。
5. 決定哪項 CCO 適合您及您的家人。

準備好要選擇 CCO 或想更換 CCO 嗎？

請翻到「俄勒岡州健康計劃福利續保 – 第 2 部分」表格的步驟 2 問題 17，以告訴我們您希望加入哪個 CCO。

有些 OHP 會員將不會加入 CCO

如果您享有其他保險或者您有不能使用 CCO 的醫療理由，您可能不必加入 CCO 計劃。這有時稱為開放式計劃或按服務收費計劃。

還沒有 CCO？ 沒問題。您可致電 **800-562-4620** 以取得協助尋找醫療服務提供者或詢問接受照護的相關問題。

享有 Medicare 的會員還有其他選項

您不一定要透過 CCO 計劃取得您的身體健康照護。如果您不想透過 CCO 取得身體健康照護，請向您當地的公眾服務部 (Department of Human Services, DHS) 洽詢以進行變更。您可在 www.oregon.gov/dhs/offices 查找辦事處清單。請點選「Senior and People with Physical Disabilities」(老年人及殘障人士)。您也可以詢問有哪些 Medicare 計劃有與 CCO 合作。

美國印第安人和阿拉斯加原住民必須申請加入 CCO

如果您是美國印第安人或阿拉斯加原住民，您必須申請加入 CCO 計劃。您將不會自動加入某項 CCO 計劃。

使用 OHP 的美國印第安人和阿拉斯加原住民不一定要加入 CCO 計劃。您可透過印第安醫療保健服務提供者取得照護，如部落診所或印第安健康服務 (Indian Health Service, IHS) 機構。您可隨時變更或退出您的 CCO 計劃。

大多數印第安醫療保健服務提供者皆有與 CCO 合作。由於 CCO 計劃可以為您介紹身體健康、牙科及心理健康照護，因此 CCO 計劃可能對您十分有用。

我們將美國印第安人或阿拉斯加原住民定義為以下其中一項：

- 獲得聯邦認可之印第安部落、聚落或族群的成員。
- 根據《美國法典》第 43 卷第 1601 節的規定由內政部登記為愛斯基摩人或阿留申人或其他阿拉斯加原住民
- 因其他理由而經內政部認定為是印第安人的人士。

步驟 3 — 報稅身分、收入及扣除額

請在步驟 3 的問題 1-2 告訴我們：

- 是否有任何人的報稅身分有變更
- 加入您家庭之任何人的報稅身分

請參閱本指南的第 4 頁，以查看有關您家中應包含哪些人士的資訊。

變更包括與您之前告知我們不同的任何資訊。例如：由已婚夫婦聯合申報變更為單身；申報的受撫養人比之前增加或減少；先前納稅時申報的受撫養人將不再具有受撫養人身分。

我們無法回答有關該如何填寫報稅表的具體問題。若要討論有關如何填寫報稅表的問題，請造訪 IRS.gov 或洽詢專業稅務人員。

您是否已和您的配偶分居且您不知道其會以什麼身分報稅？

即使您過去是以「已婚聯合報稅」的身分報稅，也請假設您今年是自己單獨報稅的情況來回答這些稅務問題。如果您將不會自己申報所得稅，請告知我們。

如果您知道您的配偶會將您包含在其聯邦所得稅申報表中，則您和您的配偶同屬一個報稅團體。您必須將屬於您報稅團體的每位人士納入您的申請表中。

在步驟 3 的問題 3-6，我們需要：

- 與您家中任何人的任何收入或扣除額變更有關的資訊
- 與您要新增至您家中之任何人的收入和扣除額有關的資訊

3. 工作收入

- 請告知我們您和您家庭成員的工作收入。收入可包括透過雇主或自雇工作所獲得的收入。
- 如果您是一名雇主，請告知我們您獲得的「總」收入。總收入是指您在扣除任何所得稅或扣除額之前所獲得的金額。
- 如果您是自雇工作者，請填寫您所獲得的毛利潤。毛利潤是指您在扣除所有營業成本之前所獲得的金額。您可在 www.irs.gov/individuals/Self-Employed 網站閱讀更多有關自雇工作、毛利潤以及哪些成本屬於扣除額的資訊。您將需在本部分的問題 5 告訴我們您的營業成本。

4. 透過其他來源所獲得的收入

請告知我們您透過工作以外的其他來源所獲得的收入。本申請表中列出了一些例子。其他例子包括：津貼、信託收入、教育補助及軍人給付。還有其他許多類型的收入。請盡您所能在「收入類型」部分提供詳盡資訊，以便我們瞭解該收入是否應計入 OHP 的審查範圍。

如果您有贍養費收入，贍養費可能不會計入 OHP 的審查範圍。回答有關贍養費的額外問題可協助我們決定該贍養費是否應計入 OHP 的審查範圍。

5. 扣除額

請告知我們可以申報於您聯邦所得稅申報表上的扣除額及自雇工作開支。一般而言，如果您在聯邦所得稅申報表上申報稅務優惠，則在同一報稅年度，您將無法同時將該項開支列為扣除額。我們無法提供稅務建議，但您可造訪 www.irs.gov 或與專業稅務人員洽談，以瞭解與您具體情況有關的詳情。

6. 年收入

在審查某些醫療計劃時，我們可能會查看您一整年所獲得的收入金額或是您認為您一整年將可獲得的收入金額。請務必將家庭成員在一整年當中所獲得的所有收入或預計會獲得收入告知我們。請務必包含一年當中早先時候所獲得的收入，即使該收入現在已經停止。

例如，您在一月份獲得失業補助，但您在二月份開始一份新的工作。在您開始新工作之後，失業補助便停止了。您將需將您所獲得的失業補助包含在「其他非勞動所得」中。

步驟 4 — 其他健康保險承保

步驟 4 是有關不是透過 OHP 計劃所提供的健康保險。請告知我們您家中是否有正在提出申請的任何成人（19 歲以上）或任何兒童擁有健康保險。也請告知我們是否有任何人有機會或有資格可以獲得健康保險。例如，某人的雇主有提供健康保險承保，但該人士由於保費太貴而沒有投保。在某些情況下，我們可以協助支付保費。

其他健康保險的例子包括：

- 您自費投保或由其他人付費的私人健康保險，包括法院命令的保險；
- 您透過雇主所獲得或可獲得的保險；
- 在您工作終止後透過雇主所獲得的保險；
- 由未與您同住的父母所提供的保險；
- 以退休福利的形式所獲得的保險（如軍人保險）；
- 透過學校所獲得的保險；
- 您受保的任何保險，即使您無法在您居住地區使用該保險；
- 您透過其他州政府所獲得的健康保險，如 OHP。這稱為 Medicaid / 兒童健康保險計劃 (Children's Health Insurance Program, CHIP)。

步驟 7 — 請閱讀並簽名

在本續保申請表上簽名即代表您同意**步驟 7**中的所有陳述。

您的權利和責任

本部分列出了俄勒岡州公眾服務部 (DHS) 及衛生監管機關 (Oregon Health Authority, OHA) 同意為您遵守的事項。這些事項稱為您的「權利」。本部分也列出了您在申請或取得醫療補助時同意遵守的事項。這些事項稱為您的「責任」。

請仔細閱讀這些資訊。您可以要求 DHS 的工作人員向您解釋這些資訊。如果您有不瞭解的資訊，敬請提問。當您透過 DHS 或 OHA 取得福利時，您（及您的家人）同意完成一些事項。如果您取得福利超過您所應得的福利，您可能會喪失這些福利或者您必須將福利費用償還給 DHS 或 OHA。

您的權利（您可以期許 DHS 和 OHA 將會為您提供的服務）：

- DHS 和 OHA 將會以尊重的態度以及公平且禮貌的方式對待您。
- 您有權詢問與任何 DHS 或 OHA 計劃有關的資訊並提出申請。我們也可為您轉介您所需的其他服務。
- 您可針對您提交給 DHS 或 OHA 辦事處的任何文件向其索取收據。
- 您可要求與工作人員面談。您也可以要求與負責人員洽談。
- 您可在提出申請、填寫表格或通報變更時尋求以您慣用語言提供的協助。
- DHS 或 OHA 將會以您能夠使用的格式或能夠瞭解的語言為您提供資訊。
- 如果您是殘障人士，DHS 或 OHA 將會盡力滿足您的特殊需求。DHS 和 OHA 遵守《美國殘障人士法案》(Americans with Disabilities Act) 以及《康復法案》(Rehabilitation Act) 第 504 節的規定。
- 您可要求查看您個案檔案中的陳述。
- 如果您有「正當理由」，您可以要求不要與子女撫養計劃合作。正當理由是指收集子女撫養資訊將會使您或您的子女陷入危險。DHS 和 OHA 將會為您提供表格以向您說明正當理由。這些表格將會告訴您俄勒岡州子女撫養計劃可能如何協助您取得子女撫養費（包括醫療補助金）同時仍可保護您及您子女的安全。DHS 和 OHA 也可回答與正當理由有關的問題。
- 對於您告知 DHS 和 OHA 的資訊，我們將會保密。您可在線上檢視我們的「隱私權聲明通知」，網址為 <https://apps.state.or.us/Forms/Served/m42090.pdf>，或者該文件也公布於 DHS 的辦事處。
- DHS 和 OHA 將會在下列天數範圍內向您說明您是否有資格獲得福利：
 - » 根據殘障人士身分所作的醫療決定為 90 天（特殊情況除外）
 - » 其他健康福利為 45 天
- 如果您對 DHS 或 OHA 的決定有異議，您可以申請聽證會。
- DHS 的工作人員可協助您填寫聽證會申請表。如果您有接受居家和社區照護或看護中心照護，則您沒有權針對遺產追討要求申請聽證會。請參閱「遺產追討計劃」一節以瞭解詳情。您必須在決定作出後的 90 天內申請聽證會。

您的責任（您必須完成的事項）：

如果您有參加任何 DHS 或 OHA 計劃，您必須：

- 向 DHS 和 OHA 提供真實、正確且完整的資訊。
- 針對您所通報的部分事項提供證明。如果您無法取得證明，您必須在必要時准許我們與其他人或其他機構聯絡以索取證明。
- 准許 DHS 和 OHA 的工作人員至您府上進行訪視，以取得與您個案有關的資訊。
- 向 DHS 和 OHA 通報變更。

- 如果您的個案獲選必須接受審查，您必須協助 DHS 和 OHA 取得證明。我們將會隨機抽選個案接受審查。
- 授權司法部的子女撫養分部向 DHS 和 OHA 公開您的子女撫養記錄，除非您有正當理由拒絕授權。
- 申請並使用您有資格獲得的特定福利或補助金。其中可能包括下列任何一項：
 - » 社會安全福利
 - » 勞工賠償保險
 - » 鐵路職工退休金
 - » 長期照護保險
 - » 退伍軍人福利
 - » 醫療保險
 - » 和工會福利
 - » Medicare
 - » 無過失人身傷害保險，此保險包含在所有汽車保險中
- 為了完成醫療補助的申請，請接受所有必要的醫療檢查。
- 如果您有其他健康保險，請告知醫療服務提供者。例子如下所列：
 - » Medicare
 - » 無過失人身傷害保險，此保險包含在所有汽車保險中
 - » 退伍軍人福利
 - » 其他健康保險
 - » 勞工賠償保險
- 在針對您的醫療照護向 DHS 或 OHA 請款之前，醫療服務提供者應先向其他保險請款。請在接受服務之前提供由州政府所核發的醫療識別卡號碼。
- 如有需要，請支付月費以保有醫療福利和服務福利。我們將會根據您的財務狀況變化針對這些費用進行調整。
- 如果您或您家中任何人同時符合以下兩項條件，請在 10 天內向人身傷害留置權處理單位進行通報：
 - » 取得醫療補助或俄勒岡州健康計劃 (OHP) 福利。
 - » 針對導致傷害的責任方提出索賠。

通報變更

如果您透過 DHS 或 OHA 獲得福利，您必須通報會對您以及與您一起領取福利之其他人士造成影響的特定變更。如果您沒有按照規定進行通報，您可能會獲得過多福利。您家中任何年滿 18 歲以上的人士均可能必須償付福利費用。

在福利獲得核准後，通知將會告訴您必須通報的內容和時間。每項計劃都有不同的通報規定。您需要通報的內容和時間可能會有所不同。

當您通報變更時，工作人員將會告知您是否需要提供證明。如果該變更會對您獲得的其他福利造成影響，相關機構將會通知您。如果您不確定自己是否需要通報某項變更，您可向工作人員洽詢。

如果您享有其他保險

如果您或您的家庭成員享有其他醫療保險，請在您接受照護之前告知醫療服務提供者（醫生、診所、藥房或醫院）。如果您有汽車保險且您在交通事故中受傷，請告知醫療服務提供者有關您有汽車保險之事。他們在向 OHA 請款之前，必須先向其他保險公司請款。如果 DHS 或 OHA 支付了應由保險支付的醫療帳單，DHS 或 OHA 將會採取行動追討此款項。例如：

- 如果 DHS 或 OHA 支付了應由私人保險支付的帳單，DHS 或 OHA 將會試圖向保險公司追討此款項。
- 如果 DHS 或 OHA 支付了某份醫療帳單，而醫療服務提供者也獲得保險公司的給付，DHS 或 OHA 將會試圖向醫療服務提供者追討此款項。
- 如果 DHS 或 OHA 支付了某份醫療帳單，而保險公司寄送該醫療帳單的支票給您，DHS 或 OHA 將會試圖向您追討此款項。

給付轉讓與留置權

如欲符合醫療補助的資格，您必須將下列任何款項提供給 DHS、OHA 及您的 CCO：

- 您或與您一同領取醫療補助的其他人士透過對您受傷或對由醫療補助給付之醫療費用負有法律責任的人士所獲得或有權獲得的款項。

這些款項包括由下列任何來源所提供的款項：

- 私人健康保險
- 個人
- 汽車保險
- 其他來源

這稱為「轉讓給付」給 DHS 或 OHA 和 CCO。對領取醫療補助的所有人士而言，轉讓給付是自動的。若要繼續領取醫療補助，您及其他家庭成員（包括您在未來所生的所有孩子）均必須協助 DHS 或 OHA 透過下列所有方式尋找並取得這些給付：

- 在 10 天內告知 DHS、OHA 及您的 CCO 有第三方對您或您的家人造成傷害。
- 提供與肇事方有關的資訊。
- 協助索取任何其他資訊。其中包括保險資訊。

DHS 或 OHA 可以收取的款項金額有限。DHS 或 OHA 所收取的款項金額不得超過負有法律責任的當事方所必須支付的醫療費用金額。

我們可針對由負有法律責任的當事方所支付的任何款項行使留置權，以保證 DHS、OHA 或 CCO 可以獲得付款。

您必須同意讓下列人士或單位向保險公司公開您的醫療記錄：

- 醫療服務提供者
- 雇主
- 醫院
- 政府機關

這包括您以及有獲得醫療補助之其他家庭成員的相關記錄。僅有在為了讓 DHS 或 OHA 能夠將款項追討回來的情況下，這些人士和單位才會向保險公司公開您的醫療記錄。

其他資訊

社會安全號碼 (SSN) 的使用

下列法律規定，凡申請現金或糧食福利的所有人士，均必須向 DHS 和 OHA 提供其社會安全號碼 (SSN)：

- 聯邦法律 (42 USC 1320b-7(a) 和 (b)、7 USC 2011-2036、42 CFR 435.910、42 CFR 435.920 及 42 CFR 457.340(b))
- 《俄勒岡州行政法規》(OAR 461-120-0210)

如果您提供 SSN，這將可以加快申請的處理速度。如果有人沒有 SSN，請造訪 www.ssa.gov 以瞭解如何申請 SSN 的資訊。

- DHS 和 OHA 將會使用您的 SSN 來協助判定您是否符合福利資格。我們會將您的 SSN 用於以下用途：
 - » 驗證您的收入
 - » 驗證其他資產
 - » 與其他州政府及聯邦政府記錄進行比對，例如下列單位：
 - * 國稅局 (Internal Revenue Service, IRS)
 - * 社會安全局
 - * Medicaid
 - * 失業保險福利
 - * 子女撫養服務處
 - * 其他公共補助計劃。
- 若您申請或領取福利的計劃資金提供者要求 DHS|OHA 提供資訊或報告，DHS|OHA 可能會使用您的 SSN 來準備蒐集資訊或報告。
- DHS 和 OHA 可基於下列理由使用或揭露您的 SSN：
 - » 如果我們需要您的社會安全號碼來營運您所申請或領取福利的計劃。
 - » 進行品質評估和改善活動。

- » 確認給付金額正確並追討超額給付的福利。
- » 確認沒有人透過一個以上的家庭領取福利。

收入與資產驗證

您在本申請表中所提供的資訊將需經過聯邦政府、州政府及地方政府官員的審查和驗證。當我們在確認您的醫療補助資格時，DHS 和 OHA 會使用下列工具：

- 收入和資格驗證系統 (Income and Eligibility Verification System, IEVS)
- 資產驗證系統 (Asset Verification System, AVS)

當您申請和領取醫療補助時，AVS 會搜尋您以及按規定必須提供財務資訊之任何人士的下列項目。不論您是否有通報，AVS 均會搜尋下列項目：

- | | | |
|-----------|----------|---------|
| • 金融機構： | • 不動產記錄： | • 汽車記錄： |
| » 銀行帳戶 | » 房屋 | » 汽車 |
| » 信用合作社帳戶 | » 土地 | |

遺產追討計劃

遺產追討計劃是一項複雜的計劃，此計劃適用於下列項目：

- 醫療補助
- 一般補助
- 俄勒岡州收入補充計劃
- 有些人同時享有 Medicare 和醫療補助。

遺產追討的目的是要透過已過世之補助領取人的資產來要求償付已給付的補助。追討回的部分款項將會回歸給聯邦政府。剩餘款項則會用作計劃資金以向其他有需要的人提供服務。遺產追討規定有許多例外情況。

州政府透過您的遺產追討福利費用的權利

如果您符合下列情況，DHS 和 OHA 可以在您過世之後向您的遺產（如 ORS 416.350 所定義）申請金錢索賠：

- 如果發生下列情況，醫療福利的費用可能需由您的遺產支付：
 - » 您是在 2013 年 10 月 1 日之後獲得州政府的醫療福利。
 - » 您已超過 54 歲且您有獲得長期照護福利。

這包括俄勒岡州健康計劃代您向管理式照護計劃或 CCO 支付的費用。

- 如果發生下列情況，醫療福利的費用可能需由您的遺產支付：
 - » 您是在 2013 年 10 月 1 日之後獲得州政府的醫療福利。
 - » 您已超過 54 歲或者您有某些類型的信託：
 - * 特殊需求信託
 - * 收入上限信託
- 如果您透過下列任何方式獲得福利，您的遺產可能會遭到索賠：
 - » 俄勒岡州收入補充計劃
 - » 某些一般補助
 - » 因為您同時享有醫療補助和 Medicare D 部分，因此州政府按規定必須每月為您支付一筆款項。

如果您過世時您的配偶仍在世，DHS 和 OHA 將會延遲提出索賠。

如果您的下列任何家庭成員仍然在世，DHS 和 OHA 將不得向您的遺產申請此類索賠：

- 任何未滿 21 歲的親生子女或領養子女。註：這不包括繼子女。
- 任何失明或殘障（如社會安全局的標準所定義）的親生子女或領養子女，不論年齡為何。

註：有關針對遺產提出索賠的法律和法規可能會有變更，恕不另行通知。

凡透過客戶的遺產獲得資產的任何人士均可要求 DHS 或 OHA 豁免遺產追討規定，條件是其必須符合經濟困難豁免規定。遺產追討單位在開始進行追討程序時所寄送的資訊當中，有包含如何申請經濟困難豁免規定的說明。

請與遺產行政管理單位聯絡，聯絡資訊如下：

PO Box 14021

Salem, OR 97309-5024

電話：503-378-2884

1-800-826-5675 (僅限俄勒岡州內)

傳真：503-378-3137

轉讓資產的罰則

如果您以低於資產的價值轉讓資產，您可能會喪失獲得某些福利的資格。我們所謂的轉讓資產是指您將資產贈與或出售給他人。資產包括收入和有價物品。例子如下所列：

- 房屋
- 汽車
- 不動產
- 現金

在出售或贈與任何資產之前，請先與您的工作人員洽談。

如果您轉讓資產，您可能會喪失獲得下列福利的資格：

- 長期照護 (Long-Term Care, LTC) 服務：
 - » 成人寄養機構
 - » 護理機構
 - » 生活輔助機構
 - » 其他護理場所
 - » 居家服務
- 難民醫療援助

我們將會回溯查看您提出申請前的資產，以確認是否有任何資產轉讓需受到處罰：

- 針對 LTC，我們將會回溯查看 5 年。
- 若您申請難民醫療援助，我們將會回溯查看 3 年。

轉移資產的罰則從您提出申請並取得資格之時開始算起。罰則僅適用於上列福利。罰則將包含拒絕您對該福利的申請。如果您在領取福利的期間轉移資產，您也會受到懲罰。罰則將包含停止提供該福利一段時間。如果您的 LTC 福利終止了，您的其他醫療福利可能也會遭到縮減或終止。

聲明和簽名

在申請表上簽名即代表您確認：

- 您瞭解 DHS 和 OHA 將會使用州政府和聯邦政府的電腦資料庫及系統來確認您在本表格中所提供的資訊。其中可能包括有保存與您收入、其他健康保險相關資訊的資料庫和系統，包含 Medicare、社會安全福利以及公民和移民身分。
- 您瞭解，某些醫療服務和設備需要獲得事先授權 (Prior Authorization, PA) 且在取得醫療服務和設備之前，您已擁有由 DHS、OHA、協調式照護組織 (CCO) 或協調式照護計劃提供的 PA。
- 您及您的配偶同意，若你們有申報任何年金，DHS 或 OHA 將為年金的受益人。

- 本人瞭解，如果本人沒有通報下列費用，DHS 和 OHA 將不會使用下列費用來審查本人的長期照護福利：
 - » 住房
 - » 醫療
 - » 托兒
 - » 法院命令的子女撫養費
- 本人瞭解並同意本申請表中「請閱讀並簽名」部分 (步驟 8) 以及「申請指南」中「請閱讀並簽名」部分所述的資訊。

附錄 A — 老年人及殘障人士 (*Medicare*)

如果您家中有任何人申請福利或領取福利且符合以下條件，我們可能需要審查以年齡或是失明或殘障人士身分為依據的計劃：

- 正在使用 Medicare 或有資格使用 Medicare
- 年滿 65 歲以上
- 申請長期照護服務

如果我們要審查這些計劃，我們將需要附錄 A 中的資訊。您不一定要在現在回答附錄 A 中的問題，但回答這些問題可以加速申請流程。如果我們審查這些計劃，我們將需與您面談。我們將會寄信給您安排面談。

如果您已在領取這些計劃的福利，您可能已收到一封要求面談的信函。

當您前來接受面談時，我們將會詢問您附錄 A 中的問題。



有疑問嗎？請造訪 www.OHP.Oregon.gov 或致電 800-699-9075 (聽障專線 711) 與我們聯絡。