



续保申请指南

请使用本指南，帮助完成您的
OHP 福利续保 — 第 2 部分表格

有关俄勒冈州健康计划或续保福利的线上资源，
请浏览网站：www.OHP.Oregon.gov

您是否需要以其他形式或语言来为您提供此组材料？我们可以提供帮助。请致电 **1-800-699-9075** (听障专线 TTY 711) 或将您的请求通过电子邮件发送至 altformat.app@state.or.us。其他形式包括大字版本、盲文、录音、基于网络平台的交流和其他电子形式。

¿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 âm, truyền tin trên trang mạng và các hình thức điện tử khác.

目录

本指南能够为您提供哪些帮助?	3
完成续保申请的小窍门	3
在填写续保申请时需要帮助?	3
我可以在哪里找到我的案件编号?	3
必答问题	3
第 1 步 — 家庭成员的变更	4
新增或减少家庭成员, 或为目前尚未接受福利的某位成员申请福利	4
法定姓名及出生日期	4
社会安全号码 (SSN)	4
部族信息	5
移民身分	5
第 2 步 — 有关您的家庭成员的更多问题	6
家庭住址	6
邮寄地址	6
家庭成员的其他地址	6
怀孕	7
失明或永久性残障	7
选择当地的医疗保险, 也称为 CCO	8
第 3 步 — 报税状态、收入及扣除	9
是否有任何人员的报税状态出现变动?	9
是否有新加入的家庭成员, 他们的报税状态如何?	9
工作收入	9
其他来源所得收入	9
扣除额	9
年收入	10
第 4 步 — 其他医疗保险	10
第 7 步 — 阅读和签字	11
您的权利和责任	11
报告变更	12
如果您拥有其他保险	12
分配付款及留置权	13
其他信息	13
收入和资产核实	14
转让资产处罚	15
声明与签字	15
附录 A — 老年人及残障人士(Medicare)	16

本指南能够为您提供哪些帮助?

本指南可向您提供有关 俄勒冈州健康计划 (Oregon Health Plan) 福利续保 — 第 2 部分表格的大部分信息和指引。若您对本指南未涵盖的部分有疑问, 请致电**1-800-699-9075** (听障专线TTY 711)。

完成续保申请的小窍门

- 在寄送续保文件之前请签字。
 - 请以正楷清晰填写。
 - 仔细检查您的答案。
 - 确保您回答了所有需要回答的问题。
 - 所有的日期皆以正确形式书写。例如, MM/DD/YYYY (月/日/年)。
 - 不要使用 “?” 作答。
-

在填写续保申请时需要帮助?

本地的社区合作伙伴可帮助您填写续保申请。此服务免费。

登录网站 **OregonHealthCare.gov**, 查找可以帮助您申请的当地社区合作伙伴。

拨打我们的电话 **1-800-699-9075** (听障专线TTY 711), 获取帮助或申请获得一份您所在地区的社区合作伙伴列表。您也可以要求提供不同语言的帮助。

我可以在哪里找到我的案件编号?

您的案件编号 列于本文件包中随附的信件上。您将在第 1 页的文本框中找到案件编号:

重要信息

这是您的案件编号: XXXXXXXXX

请在您向我们寄送的任何材料中写入此编号。若没有您的案件编号, 可能会造成延误。

★ 必答问题

必答问题用蓝色星星(★)标注。该等问题是您必需答复的问题。若您未答复必答问题, 则可能需要更长时间处理您的申请。

若我们需要更多信息才能确定您是否合资格获得健康保险, 则我们将向您发送通知, 以让您了解我们需要哪些项目。

第 1 步 — 家庭成员的变更

请在第 1 步中告知我们下列人员的信息：

- **您家庭中新增的成员。**这可能是您的医疗续保概要中未列出的人员。例如，您在去年申请 OHP 之后结婚或有了孩子；或
- **您想要从家庭中移除的人员。**这指的是那些您想要从您的医疗续保概要中所列的家庭成员名单中移除的人员。例如，您在去年申请 OHP 之后离婚了；或
- **现在虽是您家庭中的一员，但目前没有接受福利的人员，**即已列入您的医疗续保概要，但目前没有接受 OHP 福利的人员。例如，当您去年申请 OHP 时，您只为您的子女申请了保险，但现在您希望自己也接受 OHP 福利。

1. 您是否新增或减少家庭成员或是否为目前尚未接受福利的某位成员申请福利？

您收到附有本指南的医疗续保概要。医疗续保概要列明我们所了解的您目前的家庭成员的信息。下列人员应当纳入您的家庭成员名单。

- 您本人
- 您的合法配偶
- 您的同居伴侣（在你们共同拥有未满 19 岁的子女的情况下）。
- 与您一起生活的子女（未满 19 岁）；及
- 您在联邦所得税申报表中包含的任何人士，包括子女（任何年龄）或配偶，即使他们不与您一起生活。申报税项并非您获得健康保险的必需条件。
- 如果您未满 19 岁，请将您的父母、继父母及与您一同居住的任何兄弟姊妹（未满 19 岁）也列入家庭成员名单
- 如果您申请获得长期护理服务，即使您的配偶不与您一起生活，请将您的配偶填入本申请表。

法定姓名及出生日期

你的法定姓名为社会保障署使用的姓名或于申请时提供予社会保障署的姓名。法定姓名亦可能列示于移民文件、政府颁发的身份证明文件或出生证明上。

我们使用电子数据库核对您在申请时向我们提供的信息。在我们核对该等电子数据库时会使用您的法定姓名。您可于第 15 页开始的“阅读和签字”部分中了解更多有关我们所使用的数据库的信息。

您的法定姓名即为我们在向您发送通知时会使用的姓名。

6. 如果该人士正在申请 OHP 福利，他们是否有社会安全号码 (SSN)？

(每位正在申请和已经拥有健康福利的人都需要提供 SSN。) 若您正在申请相关福利并且无 SSN，则告诉我们您没有 SSN 的原因。如您需要帮助取得 SSN，我们可以帮忙。您可拨打 **1-800-699-9075** 联系我们。您亦可浏览 www.socialsecurity.gov 或致电社会保障管理局，电话：**1-800-772-1213** (听障专线 TTY 1-800-325-0778)。

目前未申请相关福利的家庭成员无需向我们提供 SSN 或向我们告知其没有 SSN 的原因。但是，提供 SSN 可以加快申请流程。我们使用您的 SSN 以帮助我们核验您向我们提供的信息，如您的收入金额。

9-11. 部族信息

提供此信息将帮助我们确定您是否符合某些参保权的资格（请参见第 8 页）。

14. 该人士是否拥有下列移民身份之一？

我们将使用此问题中的信息确定他们合资格获得哪一级别的保险。

对于问题 b-g，我们可能使用这些答案核对您向我们提供的有关您移民身份的信息。您在填写申请时不一定要答复这些问题，但答复问题可以加快续保流程。

移民文件类型及卡片或文件编号

参阅以下列示内容，了解部分常见的文件类型及其编号。若您持有的文档未在此处列示，您仍然可以写下其文档名称。若您并无所有相关信息，则您可对问题留白。若需要，我们将向您寄送一封信函，以获得更多信息。

若您拥有此文件类型：	列示下列卡片或文件编号：
永久居民卡，“绿卡” (I-551)	外国人登记号 卡号
再入境许可 (I-327)	外国人登记号
难民旅行证件 (I-571)	外国人登记号
工作许可证 (I-766)	外国人登记号 卡号 届满日期 分类码
可机读移民签证（使用暂时 I-551 语言）	外国人登记号 护照号
暂时 I-551 章（位于护照上或 1-94/1-94A 上）	外国人登记号
入境/出境记录 (I-94/I-94A)	I-94 号
外国护照上的入境/出境记录 (I-94)	I-94 号 护照号 届满日期 签发国家
外国护照	护照号 届满日期 签发国家
非移民学生身份资格证书 (I-20)	SEVIS 号
交换访问学者资格证书 (DS2019)	SEVIS 号
受理通知书 (I-797)	外国人登记号或 I-94 号
其他	外国人登记号或 I-94 号 文件类型或名称的描述

如需更多有效的移民文件，继续查看下一页内容。

您还可以列示以下文件：

- 表明联邦认可的印第安部族成员或出生于加拿大的美洲印第安人身份的文件
- 难民安置办公室 (Office of Refugee Resettlement, ORR) 出具的资格函
- 说明暂缓递解出境的文件
- 由国土安全部 (Department of Homeland Security, DHS) 签发的暂缓递解的行政令
- 美国卫生与公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) 难民安置处 (Office of Refugee Resettlement, ORR) 出具的证明

第 2 步 — 有关您的家庭成员的更多问题

2. 您的家庭住址是否有变更？

如果您的家庭住址发生变更，请向我们提供您的新住址（如果您有的话）。请务必包含邮政编码。我们需要与您家庭住址所对应的邮政编码，以确保您在当地可享有所投保的健康计划。

如果您没有家庭住址，请告知我们您大多数时间停留的州名、邮政编码和县名。

3. 您的邮寄地址是否有变更？

如果您的邮寄地址发生变更，请向我们提供您的新地址（如果您有的话）。如果有以下情况，请向我们提供一个邮寄地址：

- 您的家庭住址无法接收邮件；或
- 您没有家庭住址；或
- 您有安全方面的顾虑，包括家庭暴力等。

Note: 您的邮寄地址可以是您能收到邮件的任何地址。这可以是朋友、家人、机构等的地址。

5. 是否有任何人住在与常用联系人（您自己）不同的地址？

若有人不与常用联系人住在同一所房子里，我们需要了解他们住在何处。通过其他问题，我们可以了解他们为何被纳入您的家庭成员名单，并能够了解，当我们确定您是否符合健康保险资格时，我们是否应使用他们的信息。

下面列举他们暂时离开时会去的一些地方：

- 社区护理设施获得公众服务部的许可，提供长期护理。举例而言，社区护理设施包括：
 - » 成人寄养家庭
 - » 住宿护理设施
 - » 生活辅助设施，及
 - » 团体护理院。
- 疗养院指为人们提供住宿和接受健康保健的地方。

若家庭成员在俄勒冈州立医院 (Oregon State Hospital) 住院，您应勾选“住院”旁边的方框。

6. 是否有人怀孕?

若您不清楚预产期，则应提供最接近的估算日期或预估预产期。若您清楚即将出生的婴儿数量，请列示此数。若您尚未知晓，请留空，我们将基于“1”来确定您的资格。若预产期或即将出生的婴儿数量有变化，请向我们致电告知详情。

7. 是否有人在过去 3 个月内通过分娩或流产而终止怀孕?

OHP 计划为孕妇提供额外的牙科和视力保险。终止妊娠后两个月亦可获得额外保险。我们询问这个问题，以便确保给予您正当的福利。

问题 10 至 18 仅对您的申请中所列出的您家中正在申请健康保险的人员。

14-15. 您的家庭成员中是否有人失明或永久性残障? 是否有任何人需要帮助完成走路、如厕、洗澡或穿衣等事情?

失明、永久性残障或上述事情需要额外帮助的人符合附加健康保险的资格。请回答这些问题，帮助我们确定您是否符合此附加健康保险的资格。

17. 您是否想为每位人士更改偏好的选协调护理组织 (CCO)?

什么是 CCO?

OHP 有本地的健康计划可以协助您使用福利。这些计划称为协调式护理组织 (Coordinated Care Organization, CCO)。CCO 计划拥有一群通力合作保持您健康的本地医疗提供商, 包括医生、顾问和牙医。

所有 CCO 计划提供相同的基本俄勒冈州健康计划福利。OHP 不仅承保医疗护理、口腔保健及心理健康护理, 而且承保帮助瘾疾。

我所在区域有什么 CCO 计划?

州大部分区域都有一项 CCO 计划。某些区域有多项。请浏览网站 www.bit.ly/CCOplans, 查看您所在区域可提供的 CCO。

您所在区域有多项 CCO 计划? 下面是选择流程:

1. 请登录网站 www.bit.ly/CCOplans, 查看 CCO 列表。
2. 比较 CCO 计划, 考虑各项计划的内容。
3. 查阅每项计划的健康护理提供商、药店、医院及服务。
4. 并非所有提供商都与您所在区域的 CCO 合作。若您已有提供商, 询问他们与之合作的 CCO 计划内容。您可查阅每家 CCO 的提供商名单, 称为“提供商名单”
5. 决定哪家 CCO 适合您和您的家庭。

决定好选择一家 CCO 或 更换您的 CCO 了吗?

请转到第 2 步, 俄勒冈州健康计划 (Oregon Health Plan) 福利续保 — 第 2 部分的问题 17, 告诉我们您选择的 CCO。

某些 OHP 成员不会加入 CCO

您可能不会加入 CCO 计划, 因为您有其他保险或有不使用 CCO 的医疗理由。这有时称为“开放承保卡”或“付费制服务”。

没有 CCO? 没问题。您可拨打 **800-562-4620**, 获得帮助寻找提供商或询问有关获得护理的问题。

具有 Medicare 的成员还有其他选择

您不一定要加入 CCO 计划来获得身体健康护理 如果您不希望 CCO 为您提供身体护理, 请联系您当地的公众服务部办公室进行变更。您可以登录网站www.oregon.gov/dhs/offices 获取办公室名单。请点选“Senior and People with Physical Disabilities (老年人及残障人士)”。您还可以询问与 CCO 有合作的 Medicare 计划的相关信息。

美洲印第安人和阿拉斯加原住民必须申请 CCO

如果您为美洲印第安人或阿拉斯加原住民, 则必须申请加入 CCO 计划。您不会自动获得 CCO。

使用 OHP 的美洲印第安人和阿拉斯加原住民不一定要加入 CCO 计划。您可透过印第安医疗保健服务提供商取得护理, 如部落诊所或印第安健康服务 (Indian Health Service, IHS) 机构。您可随时变更或退出您的 CCO 计划。

大多数印第安医疗保健服务提供商皆有与 CCO 合作。由于 CCO 计划可以为您介绍身体健康、牙科及心理健康护理, 因此 CCO 计划可能对您十分有用。

我们对美洲印第安人或阿拉斯加原住民进行了如下定义, 满足其中一项即可:

- 联邦认可的印第安部族、群体或团体的成员。
- 根据《阿拉斯加原住民土地权处理法》(Alaska Native Claims Settlement Act)、《美国法典》第 43 章第 1601 节之规定, 由内政部长批准征募的爱斯基摩人或阿留申人或其他阿拉斯加原住民。
- 由内政部长出于任何原因而视为印第安人者。

第 3 步 — 报税状态、收入及扣除

在第 3 步的问题 1–2 中，请告诉我们：

- 是否有任何人员的报税状态出现变动
- 加入您家庭的任何人员的报税状态

请参阅本指南第 4 页，了解哪些人员可纳入您的家庭成员名单。

变更包括与您先前所提供信息不同的任何信息。例如：夫妻共同申报与单身申报的变化；纳税人宣称的受抚养人比以前多或少；某人曾经为税务受抚养人，但以后不会是税务受抚养人。

我们不能回答关于您如何填写纳税申报表的具体问题。如要探讨关于如何填写纳税表格的问题，请浏览 IRS.gov 网站或咨询一位纳税专业人士。

您是否与配偶分居，并且不知道他们如何报税？

即使你们在过去是以“已婚合并申报”的身份来报税的，但仍请以您今年自己的报税身份来回答这些税务问题。如果您不会为自己进行纳税申报，请告知我们。

如果您知道您的配偶将把您纳入其联邦所得税申报表中，那么您和您的配偶即共享一个纳税申报群组。您必须将属于您纳税申报群组中的所有人纳入您的申请中。

在第 3 步的问题 3–6，我们需要了解一下信息：

- 您家庭中任何成员的收入变动或扣除
- 您家庭中任何新增成员的收入变动或扣除

3. 工作收入

- 请告知我们您和您家庭成员的工作收入。这份收入可能来自雇主或自雇。
- 若您有雇主，请告知我们您获得的“总”收入。总收入指您缴纳任何税项或扣除扣减额之前获得的金额。
- 若您是自雇，请输入您获得的总利润，即扣除所有业务成本之前获得的金额。您可浏览网站 www.irs.gov/individuals/Self-Employed，阅读更多自雇、总利润及可扣除的成本等方面的相关信息。您将在此部分的问题 5 中告知我们您的业务成本。

4. 其他来源所得收入

请告知我们除工作收入外，您的其他收入来源。申请中列举了一些示例。其他示例包括：津贴，信托所得收入、教育收入和军人津贴。还有许多其他收入类别。请在“收入类别”部分提供尽可能多的信息，以便我们了解是否应将其计入 OHP。

若您拥有赡养费收入，可能不会被计入 OHP。回答有关赡养费的其他问题，有助于我们决定是否将其计入 OHP。

5. 扣除额

请告知我们可在联邦所得税申报表上申报的扣除额和自雇开支。一般而言，若您在联邦所得税申报表上申报税收抵免，则在同一纳税年度内无法扣除该笔开支。我们无法给予税务建议，但您可浏览网站 www.irs.gov，或者询问税务专业人员，了解更多与您的具体情况相关的信息。

6. 年收入

就某些医疗计划而言，我们可查阅您所得收入的金额，或者考虑您整年将获得的收入金额。确保告知我们家庭成员所得或预期全年将获得的全部收入。确保列入年内早些时候获得的收入，即使该收入现已停止。

例如，您于 1 月份获得失业补助，但您于 2 月份开始工作。当您开始工作时，失业补助停止发放。您将在“其他非劳动收入”中列入您获得的失业补助金额。

第 4 步 — 其他医疗保险

第 4 步涉及到并非由 OHP 计划提供的健康保险。请告知我们您家中正在申请健康保险的成年家庭成员（年满 19 岁）或已有健康保险的儿童。此外，如任何人收到任何健康保险要约或有资格获得任何健康保险，也请告知我们。例如，某人的雇主提供健康保险，但其因费用太高而未加入。有时我们可以帮助您支付保费。

其他健康保险的示例包括：

- 由您或某人支付保费的私人健康保险，包括法庭判令的保险；
- 通过雇主或可通过雇主获得的保险；
- 工作结束后通过雇主获得的保险；
- 不与您同住的父母提供的保险；
- 以退休福利形式获得的保险（如军人）；
- 通过学校获得的保险；
- 为您承保的任何保险，即使在您所居住的地区无法获得其服务；
- 您从其他州获得的健康保险（如 OHP）。该等保险称为 Medicaid/CHIP。

第 7 步 — 阅读和签字

一旦您在续保申请上签字，即表示您同意第 7 步中的所有陈述。

您的权利和责任

本部分列示的是俄勒冈州公众服务部 (Department of Human Services - DHS) 和俄勒冈州卫生局 (Oregon Health Authority - OHA) 同意为您提供服务，即您享有的“权利”。此外还列示您同意在申请或获得医疗援助时履行的事项，即您应履行的“责任”。

请仔细阅读本表。您可要求公众服务部工作人员向您解释本表中的内容。如果你有什么不明白之处，请提问。您同意在您（和您的家人）享受公众服务部或俄勒冈州卫生局提供的福利时完成某些规定事项。如果您获得的福利多于您本应领取的福利，你可能会丧失这些福利或需要向公众服务部或俄勒冈州卫生局付费。

您的权利（公众服务部和俄勒冈州卫生局应履行的事项）：

- 公众服务部和俄勒冈州卫生局将会以公平礼貌、尊敬友善的态度对待您。
- 您有权询问公众服务部或俄勒冈州卫生局计划的相关信息并提出申请。我们还可向您推荐其他您可能需要的服务。
- 您可针对提交至公众服务部或俄勒冈州卫生局办公室的任一张表索取收据。
- 您可要求与工作人员进行会谈。您还可要求与负责人谈话。
- 您可在申请、填写表格或报告变更内容方面申请获得有关您的首选语言的帮助。
- 公众服务部或俄勒冈州卫生局将会以您可以理解的形式或语言向您提供信息。
- 公众服务部或俄勒冈州卫生局将会竭尽全力满足您的特殊需要（如您身有残疾）。公众服务部和俄勒冈州卫生局遵守《美国残疾人法案》和《康复法案》第 504 节的相关规定。
- 您可要求查看您的个案文件中有关您的陈述。
- 如果您具有“正当理由”，您可以要求不与子女抚养计划合作。正当理由指领取子女抚养费可能会使您或孩子遭到危险。公众服务部和俄勒冈州卫生局将会向您提供阐述正当理由的表。在这些表格中，您会了解到俄勒冈州子女抚养计划如何能够帮助您获得子女抚养费（包括医疗援助金），同时确保您和孩子的安全。公众服务部和俄勒冈州卫生局还会针对您关于正当理由的问题予以回答。
- 我们将对您告诉公众服务部和俄勒冈州卫生局的信息保密。您可以登录网站 <https://apps.state.or.us/Forms/Served/mn2090.pdf> 在线查看或查看公众服务部办公室发布的“隐私惯例公告”。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局将在以下时限内告知您是否有资格享有福利：
 - » 90 天（如为根据残疾情况作出医疗决定，异常情况除外）
 - » 45 天（其他健康福利）
- 如果您不同意公众服务部或俄勒冈州卫生局的某个决定，可以要求举行听证会。
- 公众服务部工作人员会帮助您填写听证会申请。如果您接受居家护理和社区护理或疗养院护理，则无权就遗产追讨索赔举行听证会。详情请参阅遗产追讨计划部分。您必须在作出决定后 90 天内申请举行听证会。

您的责任（您应履行的事项）：

如果您已参加公众服务部或俄勒冈州卫生局计划，您必须：

- 向公众服务部和俄勒冈州卫生局提供真实、准确且完整的信息。
- 针对您所呈报的若干事项提供证明。如果您无法获得证明，您必须让我们在需要时联系其他人或代理机构以获取证明。
- 允许公众服务部和俄勒冈州卫生局工作人员家访，以收集您个案的相关信息。
- 向公众服务部和俄勒冈州卫生局报告所有变更内容。

- 如果选择您的个案进行复核，请您配合公众服务部和俄勒冈州卫生局开展工作。随机选择个案，以进行复核。
- 授权司法部和儿童抚养处将您的儿童抚养记录披露给公众服务部和俄勒冈州卫生局，您有充分的理由不披露则除外。
- 申请并使用您有资格享有的特定福利或补助，可能包括以下任何项目：
 - » 社会保障金
 - » 铁路退休金
 - » 退伍军人福利
 - » 地方分会与工会福利
 - » 无过失人身伤害保险（包含在机动车保险全险中）
 - » 工伤补偿保险
 - » 长期护理保险
 - » 医疗保险
 - » Medicare
- 您必须接受任何必要的医疗检查，以完成您的医疗援助申请。
- 如果您具有其他健康保险，请告知医疗服务提供商。例如：
 - » Medicare
 - » 退伍军人福利
 - » 工伤补偿保险
 - » 无过失人身伤害保险（包含在机动车保险全险中）
 - » 其他医疗保险
- 提供商应先针对您的医疗护理向其他保险公司开具账单，然后向公众服务部或俄勒冈州卫生局开具账单。如果您有由州政府所核发的医疗 ID 卡，请在接受服务之前提供您的 ID 编号。
- 如有规定，请每月缴费以持续获得医疗及服务福利。缴费金额将会根据您的财务状况的变化进行调整。
- 如果您或您家中的任何人有以下情况，请在 10 天内向人身伤害留置权单位报告：
 - » 获得医疗援助或俄勒冈州健康计划 (OHP) 福利。
 - » 就某人造成的伤害而向他们索赔。

报告变更

若您从公众服务部或俄勒冈州卫生局取得福利，则必须报告影响您以及与您一同取得福利之其他人的某些变更。如您并未按要求报告变更，则可能领取过多的福利。您家中年满 18 岁或以上的任何一名成员均有可能被要求偿还福利。

获得福利批准时，通知会告诉您必须报告的内容与时间。每项计划都有不同的报告要求。您需要报告的内容与时间可能不同。

在您报告变更时，如需给出证明，工作人员会通知您。若变更会影响您将取得的其他福利，则机构会通知您。如果您不确定是否需要报告变更，可询问工作人员。

如果您拥有其他保险

如果您或家庭成员拥有其他医疗保险，请在接受护理前告知提供商（医生、诊所、药房或医院）。如果您有机动车保险并在机动车事故中受伤，请告知提供商您的机动车保险。他们必须在向俄勒冈州卫生局开送账单前要求其他保险公司支付医疗账单。如果公众服务部或俄勒冈州卫生局支付的医疗账单本应由保险公司支付，公众服务部或俄勒冈州卫生局将采取行动收回其支付的费用。例如：

- 如果公众服务部或俄勒冈州卫生局支付的账单本应由私人保险支付，公众服务部或俄勒冈州卫生局将尝试从保险公司处收回其支付的费用。
- 如果公众服务部或俄勒冈州卫生局已支付医疗账单并且提供商也获得了保险公司的偿付，公众服务部或俄勒冈州卫生局将尝试从提供商处收回其支付的费用。
- 如果公众服务部或俄勒冈州卫生局已支付医疗账单并且保险公司也已对此向您寄送了支票，公众服务部或俄勒冈州卫生局将尝试从您手中收回其支付的费用。

分配付款及留置权

如要取得医疗援助领取资格，您必须让公众服务部、俄勒冈州卫生局及您的 CCO 获得以下任何款项：

- 您或与您一同接受医疗援助的其他人，从依法承担由医疗援助支付受伤或医疗开支的责任方获得或有权获得的任何款项。

其中包括以下任何来源的款项：

- 私人健康保险
- 相关人士
- 机动车保险
- 其他来源

这被称为“分配付款”给公众服务部或俄勒冈州卫生局和 CCO。转让款项为获得医疗援助之人士自动获得的款项。如要继续获得医疗援助，您和其他家庭成员（包括未来出生的孩子）必须协助公众服务部或俄勒冈州卫生局，通过以下各种方式搜寻及获得此类款项：

- 如任何第三方伤害了您或您的家庭成员，请在 10 天内告知公众服务部、俄勒冈州卫生局和您的 CCO。
- 提供造成伤害的各方相关信息。
- 协助提供要求的任何其他信息。其中包括保险信息。

公众服务部或俄勒冈州卫生局可获得的款项存在上限，不能超过一方负有法律责任应付的医疗开支的已付金额。

我们可就一方负有法律责任应付的任何款项设立留置权，以保证向公众服务部、俄勒冈州卫生局或 CCO 付款。

您必须同意，以下各方可向保险公司披露医疗记录：

- 医疗服务提供商
- 雇主
- 医院
- 政府机构

医疗记录包括您和其他家庭成员获得医疗援助的记录。仅当帮助公众服务部或俄勒冈州卫生局收回相关费用时才会披露医疗记录。

其他信息

社会安全号码 (SSN) 的使用

以下法律法规要求申请现金或食品福利的任何人士须向公众服务部和俄勒冈州卫生局提交他们的社会安全号码(SSN)：

- 联邦法律 (42 USC 1320b-7(a) 及 (b)、7 USC 2011-2036、42 CFR 435.910、42 CFR 435.920 及 42 CFR 457.340(b))
- 《俄勒冈州行政法规》(OAR 461-120-0210)

如果您提供 SSN，可以加快申请流程。如果没有 SSN，请浏览网站www.ssa.gov以获取有关如何申请的信息。

- 公众服务部和俄勒冈州卫生局将使用您的 SSN 来帮助确认您是否具备享受福利的资格。我们将使用您的 SSN 作以下用途：
 - » 核实您的收入
 - » 核实其他资产
 - » 匹配其他州和联邦的以下记录：
 - * 美国国税局 (IRS)
 - * 社会安全局
 - * 医疗补助
 - * 失业保险福利
 - * 儿童赡养
 - * 其他公共援助计划。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局可能会使用您的 SSN 以准备您申请或接受福利时计划资金来源方所要求的汇总信息或报告。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局可能会使用或披露您的 SSN：
 - » 如果是您所申请或享受福利之计划的运营需要。
 - » 为实施质量评估和改进活动。

- » 为核实正确的款项数额并追回超付的福利。
- » 核实在超过一人的家庭中，无任何家庭成员享受相关福利。

收入和资产核实

您在本申请中所提供的信息将需经过联邦政府、州政府及地方政府官员的审查和核实。当我们确定您获得医疗援助的资格时，公众服务部和俄勒冈州卫生局会使用以下各项：

- 收入与资格核实系统 (IEVS)
- 资产核实系统 (AVS)。

如果您申请并接受医疗援助，资产核实系统会调查您以及被要求提供财务信息的任何人士的以下资产。无论您是否上报，资产核实系统将调查以下资产：

- 金融机构
 - » 银行账户
 - » 信用合作社账户
- 不动产记录：
 - » 房屋
 - » 土地
- 车辆记录：
 - » 汽车

遗产追讨计划

遗产追讨计划是一项适用于以下各项的复杂计划：

- 医疗援助
- 一般补助
- 俄勒冈州收入补贴计划
- 部分人士可同时获得联邦医疗保险与医疗援助

遗产追讨的目的是寻求从已故接受人的资产中获得偿付。部分款项偿付至联邦政府。其余资金则安排支付予其他有需要之人。遗产追讨存在许多例外情形。

州政府使用您的遗产补偿医疗福利的权利

在您离世后，公众服务部和俄勒冈州卫生局在下列情况下可从您的遗产中索赔款项（如俄勒冈州第 416.350 号法令所规定）：

- 如果发生以下情形，医疗福利金额可从您的遗产中拨付：
 - » 您在 2013 年 10 月 1 日后获得州医疗福利。
 - » 您年满 54 岁并接受长期护理福利。

其中包括俄勒冈州健康计划代表您向管理型护理计划或CCO支付的款项。

- 如果发生以下情形，医疗福利金额可从您的遗产中拨付：
 - » 您在 2013 年 10 月 1 日后获得州医疗福利。
 - » 您年满 54 岁，或您有以下类型的信托：
 - * 特殊需求信托
 - * 收入上限信托
- 如果您通过以下任何方式获得福利，则可能对您的遗产提出索赔：
 - » 俄勒冈州收入补贴计划
 - » 部分一般援助
 - » 由于您同时获得医疗援助及联邦医疗保险 D 部分，州政府须向您支付每月支付供款。

如果您的配偶幸存下来，公众服务部和俄勒冈州卫生局将延迟索赔。

如果您的下述任何家庭成员仍旧在世，公众服务部和俄勒冈州卫生局不得对您的遗产索赔此笔款项：

- 您未满 21 岁的亲生或收养子女。Note: 其中不包括继子女。
- 您的任何失明或患有残疾（定义见社会保障标准）的亲生或收养子女（任何年龄）。

Note: 关于对遗产索赔的法律和法规如有更改不另行通知。

若继承客户遗产中的资产者符合困境豁免的要求，则可请求公众服务部或俄勒冈州卫生局放弃遗产追讨。在启动追讨程序时，遗产管理部门 (Estate Administration Unit) 所寄送的信息中将介绍如何申请困境豁免。

您可以通过以下方式联系遗产管理单位：

PO Box 14021

Salem, OR 97309-5024

电话：503-378-2884

1-800-826-5675（仅于俄勒冈州使用）

传真：503-378-3137

转让资产处罚

如果您以低于资产价值的价格转让资产，您可能没有资格享受某些福利。当您赠与或出售资产时，即表示您转让该资产。资产属收入及有值事物。示例如下：

- 房屋
- 汽车
- 财产
- 金钱

在出售或赠与任何资产之前，请通知您的工作人员。

如果您转让资产，您可能没有资格享受以下福利：

- 长期护理 (LTC) 服务：
 - » 成人寄养家庭
 - » 护理设施
 - » 生活辅助设施
 - » 其他护理设置
 - » 居家服务
- 难民医疗援助 (Refugee Medical Assistance)

我们会在您申请之前进行回查，看看是否有会导致处罚的任何资产转让。

- 对于 LTC，我们回查 5 年。
- 对于难民医疗，我们回查 3 年。

转让资产的处罚在您申请并获得资格时生效。处罚仅适用于上述福利。处罚将会使我们拒绝您请求获得该福利。如果您在获得福利的同时转让资产，亦会受到处罚。处罚将为在一段时间内终止该福利。如果终止您的 LTC 福利，将会减少或结束您的其他医疗福利。

声明与签字

您通过签署此申请确认：

- 公众服务部和俄勒冈州卫生局将使用州和联邦计算机数据库和系统，来检查您在此表格上提供的信息，还包括记录有关您的收入，其他健康保险（包括医疗、社会安全以及公民和移民身份信息）的数据库和系统。
- 您了解，一些社会福利和设备需要事先授权 (PA) 且在我交付之前您拥有公众服务部、俄勒冈州卫生局、协调护理组织 (Coordinate Care Organization (CCO)) 或协调护理计划的事先授权。
- 您和您的配偶同意，公众服务部或俄勒冈州卫生局将成为你们上报的任何年金的受益人。

- 您了解，如果我不将它们上报，公众服务部或俄勒冈州卫生局将不会使用以下项目费用来计算我的长期护理福利：
 - » 庇护所
 - » 医疗
 - » 儿童看护
 - » 法院裁定的子女抚养费
- 您了解并同意本申请表的“阅读和签字”部分的信息（第 8 步）以及申请指南的“阅读和签字”部分。

附录 A — 老年人及残障人士(*Medicare*)

如果您家中的任何成员正在申请或接受此项福利且符合以下情况，则我们可能需要基于年龄、失明或伤残情况审核计划。

- 正在接受或有资格获得 Medicare
- 65 岁或以上
- 申请获得长期护理服务

如果我们审核这些计划，我们将需要附录 A 中的信息。您现在不必回答附录 A 的问题，但回答这些问题可以加快申请流程。如果我们审核这些计划，我们将需要与您面谈。如需进行面谈，我们将致函给您。

如果您已经在接受这些计划下的福利了，则可能已经收到了一封要求面谈的信函。

如果您参加此次面谈，我们将就附录 A 问题进行讨论。



有疑问？请访问 www.OHP.Oregon.gov
或拨打下列电话联系我们 800-699-9075 (TTY 711).