



申请指南

俄勒冈州健康计划福利 申请指南

通过 www.OHP.Oregon.gov 网站进一步了解俄勒冈州健康计划或在此网站在线申请

您需要以其他格式或其他语言获得本文件包中的数据吗？我们可以提供协助。请致电 **1-800-699-9075** (听障专线 711) 与我们联系，或者您可通过电子邮件将您的申请寄送至 altformat.app@state.or.us。其他格式包括大字版、盲文版、语音版、在线通讯及其他电子格式。

¿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.

内容

本指南可为您提供哪些协助?	3
需要协助填写申请表吗?	3
什么是俄勒冈州健康计划 (OHP)?	3
我需要多久才能知道我有资格获得哪些福利?	3
必填问题	3
步骤 1 — 请告知我们您的信息	4
法定及惯用姓名	4
性别认同	4
如果您要为自己申请 OHP 福利, 您是否持有社会安全号码 (Social Security Number, SSN)?	4
电子邮件地址	4
住家地址	4
通讯地址	4
您是否想要选择一位授权代表或者选择一位或多位替代收款人?	5
报税问题	5
过去接受的医疗服务	5
根据年龄或是失明或残障人士身分所提供的计划	5
您是否要为您自己申请 OHP 福利? 如果您目前享有 OHP, 您是否想要继续获得福利?	5
部落信息	5
您是否具备下列任何一项移民身分?	6
步骤 2 — 其他家庭成员	7
成员 2 与您 (主要联络人) 的关系	7
如果您不是成员 2 的父母或继父母, 您是其主要照顾者吗?	7
步骤 3 — 收入与扣除额	8
工作收入	8
通过其他来源所获得的收入	8
扣除额	8
年收入	8
步骤 4 — 额外家庭问题	9
本申请表中是否有任何人和主要联络人 (您本人) 居住在不同地址?	9
本申请表中是否有任何人怀孕?	9
是否有任何人失明或永久残障? 是否有任何人在行走、如厕、沐浴或更衣等方面需要协助?	9
请告知我们您想为每位人士选择哪一个协调式照护组织 (Coordinated Care Organization, CCO):	10
步骤 5 — 目前健康保险	11
第 8 部分 — 请阅读并签名	11
您的权利和责任	11
通报变更	13
如果您享有其他保险	13
给付转让与留置权	13
其他信息	14
收入与资产验证	14
转让资产的罚则	15
声明和签名	16
附录 A — 老年人及残障人士 (Medicare)	16

本指南可为您提供哪些协助?

本指南可为您提供有关“俄勒冈州健康计划福利申请表”中大多数部分的信息和说明。如果您对本指南中没有说明的某个部分有疑问,请致电 **1-800-699-9075** (听障专线 711)。

需要协助填写申请表吗?

您当地的小区合作伙伴可协助您填写申请表。协助为免费提供。

请登录网站 **www.OregonHealthCare.gov** 以寻找您所在地区的小区合作伙伴。

或者,请致电 **1-800-699-9075** (听障专线 711) 与我们联络,以取得协助或索取小区合作伙伴的清单。您也可获得以其他语言提供的协助。

什么是俄勒冈州健康计划 (OHP)?

俄勒冈州健康计划 (Oregon Health Plan, OHP) 为俄勒冈州的成人和儿童承保医疗照护、牙科照护、心理健康照护以及物质滥用治疗。OHP 又称为 Medicaid。

如需更多有关 OHP 的信息,请登录网站 **www.OHP.Oregon.gov** 或致电 **1-800-699-9075** (听障专线 711) 与我们联络。

我需要多久才能知道我有资格获得哪些福利?

在我们处理您的申请之后,我们将会与您联络,以告知您有资格获得那些福利。如果我们需要进一步的信息才能作出决定,我们将会寄信给您。该信函将会告诉您我们缺少哪些信息以及如何将该信息寄给我们。

如果您有紧急医疗需求或者您怀孕了,请在您寄出申请表后随时致电 **1-800-699-9075** (听障专线 711) 与我们联络。

★ 必填问题

必填问题以蓝色星号加以标示 (★)。有些问题是您必填的问题。如果您没有回答必填问题,我们可能需要花费更长时间来处理您的申请。

如果我们需要进一步的信息才能决定您是否符合健康保险的资格,我们将会寄通知告知您我们所需的信息。

步骤 1 — 请告知我们您的信息

在步骤 1, 我们将会询问与您有关的基本信息。您将会是我们的主要联络人。即使您只是要为其他家庭成员提出申请, 也请填写步骤 1。

1. 法定及惯用姓名

法定姓名是指由社会安全局所使用的姓名, 或是指您在提出申请时提供给社会安全局的姓名。法定姓名也可能会显示于移民文件、由政府核发的身分证或出生证明上。

我们利用电子数据库来确认您在申请表中所提供给我们信息。在我们确认这些电子数据库时, 我们将会使用您的法定姓名。您可在“请阅读并签名”一节阅读更多有关我们所使用的数据库相关信息, 该节从第 11 页开始。

您的法定姓名是我们在寄通知给您时会使用的姓名。

当您与我们联络时, 我们将会使用您的惯用姓名。我们将不会在寄送通知时使用您的惯用姓名。

3. 性别认同

OHP 会询问性别认同是因为此信息可以给我们指引, 让我们为您提供最符合您需求的照护。您不一定要将您的性别认同告知 OHP。您可自行选择是否要向我们提供此信息, 且提供与否将不会影响您的服务资格。

4. 如果您要为自己申请 OHP 福利, 您是否持有社会安全号码 (Social Security Number, SSN)?

所有申请健康福利并持有社会安全号码的人都必须提供 SSN。如果您要申请福利但您没有 SSN, 请告知我们您没有 SSN 的原因。如果您需要协助申请 SSN, 请致电 1-800-699-9075 与我们联系。

没有要申请福利的家庭成员不需要向我们提供 SSN, 也不需要告知我们其没有 SSN 的原因。不过, 向我们提供 SSN 可以加快申请流程。我们使用您的 SSN 来协助我们确认您提供给我们信息, 如您的收入金额。

5. 电子邮件地址

您可要求我们寄送电子版的通知给您。如果您想收到电子版的通知, 您必须在 www.OHP.Oregon.gov 网站设立一个在线账户。在您设好账户之后, 您可告知我们您想通过电子邮件或简讯收到通知。在您注册电子版的通知之后, 我们将会寄信给您, 信中有进一步的信息会告诉您该如何收到电子版的通知以及哪些通知仍会通过普通邮件寄送。

8. 住家地址

请提供您的住家地址 (若有)。请务必包含您的邮政编码。我们需要您住家地址的邮政编码来确认您所参加的健康计划有在您所在地区提供服务。

如果您没有住家地址, 请提供您大多数时候所待之处的郡县、州及邮政编码。

9. 通讯地址

如果您有以下情况, 请提供通讯地址:

- 您的收件地址与您的住家地址不同; 或
- 您没有住家地址; 或
- 您有安全上的顾虑, 包括家庭暴力。

12. 您是否想要选择一位授权代表或者选择一位或多位替代收款人？

授权代表可以代您处理事情，例如填写申请表和通报变更。

替代收款人是可代您收受和使用福利的人士或组织。当您无法使用福利或者您希望由替代收款人代您使用福利时，替代收款人便可代您使用福利。替代收款人无法将您的医疗福利或其代您所收受的福利用在自己身上。其可代您使用的福利包括像是安装轮椅坡道的补助给付。

14-15. 报税问题

这些问题将可协助我们决定应使用哪些人的信息(包括收入)来判定您有资格获得哪些福利。我们无法回答有关该如何填写报税表的具体问题。若要讨论有关如何填写报税表的问题，请登录网站 www.irs.gov 或洽询专业税务人员。

17. 过去接受的医疗服务

如果您需要协助支付过去三个月内的医疗账单，您可告知我们。我们将会判定您在收到账单的那几个月是否有资格享有健康保险。如果您在那几个月有资格享有保险，我们将会寄通知给您。如果您符合资格，您可要求医疗服务提供商针对您所接受的服务向 OHP 请款。

18. 根据年龄或是失明或残障人士身分所提供的计划

当您申请健康保险时，我们会查看您可能有资格参加的每项医疗计划。我们所查看的部分医疗计划是以您的年龄或是失明或残障人士身分为依据。如果我们有查看这些医疗计划，我们将会寄信与您预约面谈。我们在面谈时所需的信息列于附录 A。

19. 您是否要为您自己申请 OHP 福利？如果您目前享有 OHP，您是否想要继续获得福利？

如果您家中有人享有保险，您可能不需要填写一整份申请表。您可登入您的在线账户或致电 **1-800-699-9075** (听障专线 711) 以处理下列任何事项：

- 新增某人至您的个案中
 - 办理续保
 - 通报变更。
-

20-22. 部落信息

提供此信息将可协助我们判定您是否有资格享有某些投保权利(请参阅第 10 页)。

25. 您是否具备下列任何一项移民身分?

我们使用此问题中的信息来决定您有资格享有什么等级的保险。

我们可能会使用问题 b-g 的答案来确认您提供给我们的移民身分相关信息。在填写申请表时,您不一定要回答这些问题,但回答这些问题可能有助于加快申请流程。

移民文件类型以及卡号或文件编号

请参阅下表以了解一些常见的文件类型以及文件编号。如果您所持有的文件未列于下表中,您仍可填写该文件的名称。如果您未掌握所有信息,您可以在该问题留白。如有需要,我们将会寄信向您索取进一步的信息。

如果您持有下列类型的文件:	请列出卡号或文件编号:
永久居留卡或“绿卡”(I-551)	外侨登记号码 卡号
重新入境许可(I-327)	外侨登记号码
难民旅行文件(I-571)	外侨登记号码
工作许可证(I-766)	外侨登记号码 卡号 到期日期 类别代码
机器可判读移民签证(临时 I-551 盖章)	外侨登记号码 护照号码
临时 I-551 盖章(盖于护照上或 I-94/I-94A 上)	外侨登记号码
入境/出境记录(I-94/I-94A)	I-94 号码
外国护照中的入境/出境记录(I-94)	I-94 号码 护照号码 到期日期 发照国家
外国护照	护照号码 到期日期 发照国家
非移民学生身分资格证明(I-20)	SEVIS ID
交流学者身分资格证明(DS2019)	SEVIS ID
行动通知(I-797)	外侨登记号码或 I-94 号码
其他	外侨登记号码或 I-94 号码 文件类型或名称说明

若要查看更多符合条件的移民文件,请续下页。

您也可以列出下列文件：

- 文件中显示您是获得联邦政府认可之印第安部落的成员或美国印第安人且您是在加拿大出生
- 难民安置办事处 (Office of Refugee Resettlement, ORR) 资格确认信函
- 文件中显示您可暂缓离境
- 由国土安全部 (Department of Homeland Security, DHS) 所核发的暂缓递解出境行政命令
- 由美国健康与公共服务部 (Health and Human Services, HHS) 难民安置办事处 (ORR) 所提供的证明
- 古巴或海地入境者文件
- 美属萨摩亚地区的居民文件

步骤 2 — 其他家庭成员

在**步骤 2**, 我们将会询问与您家中其他成员有关的基本信息。针对我们也有询问主要联络人的问题相关信息, 请参阅本申请指南的前面部分。

4. 成员 2 与您(主要联络人)的关系

我们需要了解您与主要联络人之间的关系。关系的一些例子包括: 父母、继父母、子女、继子女、姊妹、兄弟、祖母或外祖母、祖父或外祖父、阿姨、姑姑、婶婶、舅妈、伯母、伯父、叔叔、姑丈、姨丈、舅舅以及堂兄弟姊妹或表兄弟姊妹。如果您与主要联络人之间没有亲属关系, 您可填写“没有亲属关系”。

5. 如果您不是成员 2 的父母或继父母, 您是其主要照顾者吗?

主要照顾者是指与孩童具有亲属关系且负担该孩童主要照顾责任的人士。

如果主要联络人是该孩童的父母或继父母, 您不一定要回答此问题。如果成员 2 已年满 19 岁以上, 您不一定要回答此问题。

步骤 3 — 收入与扣除额

在步骤 3, 我们将会询问与您收入和扣除额有关的信息。

1. 工作收入

- 请告知我们您和您家庭成员的工作收入。收入可包括通过雇主或自雇工作所获得的收入。
- 如果您是一名雇主, 请告知我们您获得的“总”收入。总收入是指您在扣除任何所得税或扣除额之前所获得的金额。
- 如果您是自雇工作者, 请填写您所获得的毛利润。毛利润是指您在扣除所有营业成本之前所获得的金额。您可在 www.irs.gov/individuals/Self-Employed 网站阅读更多有关自雇工作、毛利润以及哪些成本属于扣除额的信息。您将需在本部分的问题 3 告诉我们您的营业成本。
- 如果您的收入是在本月开始或结束, 请务必告知我们。这可能会对您是否符合资格造成影响。

2. 通过其他来源所获得的收入

请告知我们您通过工作以外的其他来源所获得的收入。本申请表中列出了一些例子。其他例子包括: 津贴、信托收入、教育补助及军人给付。还有其他许多类型的收入。请尽您所能在“收入类型”部分提供详尽信息, 以便我们了解该收入是否应计入 OHP 的审查范围。

如果您有赡养费收入, 赡养费可能不会计入 OHP 的审查范围。回答有关赡养费的额外问题可协助我们决定该赡养费是否应计入 OHP 的审查范围。

3. 扣除额

请告知我们可以申报于您联邦所得税申报表上的扣除额及自雇工作开支。一般而言, 如果您在联邦所得税申报表上申报税务优惠, 则在同一报税年度, 您将无法同时将该项开支列为扣除额。我们无法提供税务建议, 但您可登录网站 www.irs.gov 或与专业税务人员洽谈, 以了解与您具体情况有关的详情。

4. 年收入

在审查某些医疗计划时, 我们可能会查看您一整年所获得的收入金额或是您认为您一整年将可获得的收入金额。请务必将家庭成员在一整年当中所获得的所有收入或预计会获得收入告知我们。请务必包含一年当中早先时候所获得的收入, 即使该收入现在已经停止。

例如, 您在一月份获得失业补助, 但您在二月份开始一份新的工作。在您开始新工作之后, 失业补助便停止了。您将需将您所获得的失业补助包含在“其他非劳动所得”中。

步骤 4 — 额外家庭问题

在步骤 4, 请针对您申请表上所列的每位人士回答问题 1-6, 不论他们是否有申请健康保险, 且即便答案是“否”也必须回答。

2. 本申请表中是否有任何人和主要联络人(您本人)居住在不同地址?

如果有人没有和主要联络人同住, 我们必须知道其住在哪里。其他问题旨在告知我们为何您将这些人包含在申请表中。这些问题也可协助我们了解, 当我们在判定您是否符合健康保险的资格时, 是否应使用这些人土的信息。

以下是有关家庭成员暂时离家时可能会待的一些场所相关信息。

- 小区照护机构是获得公众服务部执照的机构, 目的在提供长期照护。小区机构的例子包括:
 - » 成人寄养机构
 - » 住院照护机构
 - » 生活辅助机构; 以及
 - » 团体照护收容所。
- 看护中心是为人们提供居住场所同时让人们可以接受医疗保健服务的地方。
- 如有家庭成员在 Oregon State Hospital 住院, 您应勾选“住院”旁的方框。

3. 本申请表中是否有任何人怀孕?

如果您不知道自己的预产期, 您应提供预产期的最佳预测或预估日期。如果您知道自己所怀的胎数, 请列出该胎数。如果您不知道, 请留白, 我们在判定您的资格时将会以“1”胎为依据。如果您的预产期或胎数改变, 您可致电告知我们。

4. 在过去 3 个月内, 本申请表中是否有任何人因为孩子出生而妊娠结束或是否有任何流产?

OHP 为怀孕人士提供额外的牙科和视力承保。此额外承保也会在妊娠结束后继续提供两个月。我们询问此问题是为了确保能够为您提供适当的福利。

请仅为列于您申请表中且有要申请健康保险的家庭成员回答问题 7-15。

11-12. 是否有任何人失明或永久残障? 是否有任何人在行走、如厕、沐浴或更衣等方面需要协助?

部分失明、永久残障或在上列事项需要额外协助的人士有资格获得额外的健康保险。回答这些问题将可协助我们判定您是否可能有资格获得这些额外健康保险。

14. 请告知我们您想为每位人士选择哪一个协调式照护组织 (Coordinated Care Organization, CCO): 选择当地的 CCO 计划

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照护组织 (Coordinated Care Organization, CCO)。CCO 计划有一群当地的医疗服务提供商可共同合作协助您保持健康,如医生、咨商师及牙医。

所有的 CCO 计划均提供相同的基本俄勒冈州健康计划福利。OHP 承保医疗照护、牙科照护及心理健康照护。OHP 也承保协助戒瘾的服务。

我所在地区有哪些 CCO 计划?

州内的大多数地区都会有一项 CCO。有些地区则有超过一项以上的 CCO。请在 www.bit.ly/CCOplans 网站上查看您所在地区有哪些 CCO 可供使用。

您所在地区有超过一项以上的 CCO 吗? 以下是选择方式:

1. 登录网站 www.bit.ly/CCOplans 以查看 CCO 的清单。
2. 比较各项 CCO 计划并考虑每项计划所提供的福利。
3. 请查看各计划的医疗保健服务提供商、药房、医院及服务项目。
4. 并非所有医疗服务提供商皆有与您所在地区的 CCO 合作。如果您已有医疗服务提供商,请向他们洽询他们有与哪些 CCO 计划合作。您可查看每项 CCO 的医疗服务提供商列表,该列表称为“医疗服务提供商名录”。
5. 决定哪项 CCO 适合您及您的家人。

准备好要选择 CCO 了吗?

请翻到 OHP 申请表中的步骤 4 问题 14。如果您没有选择,我们将会为您作出选择。

有些 OHP 会员将不会加入 CCO

如果您享有其他保险或者您有不能使用 CCO 的医疗理由,您可能不必加入 CCO 计划。这有时称为开放式计划或按服务收费计划。

还没有 CCO? 没问题。您可致电 **800-562-4620** 以取得协助寻找医疗服务提供商或询问接受照护的相关问题。

享有 Medicare 的会员还有其他选项

您不一定要通过 CCO 计划取得您的身体健康照护。如果您不想通过 CCO 取得身体健康照护,请向您当地的公众服务部 (Department of Human Services, DHS) 洽询以进行变更。您可在 www.oregon.gov/dhs/offices 查找公众服务部的办事处清单。请点选“Senior and People with Physical Disabilities” (老年人及残障人士)。您也可以询问有哪些 Medicare 计划有与 CCO 合作。

美国印第安人和阿拉斯加原住民必须申请加入 CCO

如果您是美国印第安人或阿拉斯加原住民,您必须申请加入 CCO 计划。您将不会自动加入某项 CCO 计划。

使用 OHP 的美国印第安人和阿拉斯加原住民不一定要加入 CCO 计划。您可通过印第安医疗保健服务提供商取得照护,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、牙科及心理健康照护,因此 CCO 计划可能对您十分有用。

我们将美国印第安人或阿拉斯加原住民定义为以下其中一项:

- 获得联邦认可之印第安部落、聚落或族群的成员。
- 根据《美国法典》第 43 卷第 1601 节的规定由内政部登记为爱斯基摩人或阿留申人或其他阿拉斯加原住民
- 因其他理由而经内政部认定为是印第安人的人士。

步骤 5 — 目前健康保险

此步骤是有关不是通过 OHP 计划所提供的健康保险。请告知我们是否有任何家庭成员享有健康保险。也请告知我们是否有任何人有机会或有资格可以获得健康保险。例如, 某位家庭成员的雇主有提供健康保险承保, 但该家庭成员由于保费太贵而没有投保。在某些情况下, 我们可以协助支付保费。

请务必告知我们下列事项:

- 您自费投保或由其他人付费的私人健康保险, 包括法院命令的保险;
- 您通过雇主所获得或可获得的保险;
- 在您工作终止后通过雇主所获得的保险;
- 由未与您同住的父母所提供的保险;
- 以退休福利的形式所获得的保险 (如军人保险);
- 通过学校所获得的保险;
- 您受保的任何保险, 即使您无法在您居住地区使用该保险;
- 您通过其他州政府所获得的健康保险, 如 OHP。这称为 Medicaid/儿童健康保险计划 (Children's Health Insurance Program, CHIP)。

第 8 部分 — 请阅读并签名

在本申请表上签名即代表您同意**步骤 8**中的所有陈述。

您的权利和责任

本部分列出了俄勒冈州公众服务部 (DHS) 及卫生监管机关 (Oregon Health Authority, OHA) 同意为您遵守的事项。这些事项称为您的“权利”。本部分也列出了您在申请或取得医疗补助时同意遵守的事项。这些事项称为您的“责任”。

请仔细阅读这些信息。您可以要求 DHS 的工作人员向您解释这些信息。如果您有不了解的信息, 敬请提问。当您通过 DHS 或 OHA 取得福利时, 您 (及您的家人) 同意完成一些事项。如果您取得福利超过您应得的福利, 您可能会丧失这些福利或者您必须将福利费用偿还给 DHS 或 OHA。

您的权利 (您可以期许 DHS 和 OHA 将会为您提供服务):

- DHS 和 OHA 将会以尊重的态度以及公平且礼貌的方式对待您。
- 您有权询问与任何 DHS 或 OHA 计划有关的信息并提出申请。我们也可为您转介您所需的其它服务。
- 您可针对您提交给 DHS 或 OHA 办事处的任何文件向其索取收据。
- 您可要求与工作人员面谈。您也可以要求与负责人员洽谈。
- 您可在提出申请、填写表格或通报变更时寻求以您惯用语言提供的协助。
- DHS 或 OHA 将会以您能够使用的格式或能够了解的语言为您提供信息。
- 如果您是残障人士, DHS 或 OHA 将会尽力满足您的特殊需求。DHS 和 OHA 遵守《美国残障人士法案》(Americans with Disabilities Act) 以及《康复法案》(Rehabilitation Act) 第 504 节的规定。
- 您可要求查看您个案档案中的陈述。
- 如果您有“正当理由”, 您可以要求不要与子女抚养计划合作。正当理由是指收集子女抚养信息将会使您或您的子女陷入危险。DHS 和 OHA 将会为您提供表格以向您说明正当理由。这些表格将会告诉您俄勒

冈州子女抚养计划可能可以如何协助您取得子女抚养费(包括医疗补助金)同时仍可保护您及您子女的安全。DHS 和 OHA 也可回答与正当理由有关的问题。

- 对于您告知 DHS 和 OHA 的信息,我们将会保密。您可在在线检视我们的“隐私声明通知”,网址为 <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me2090.pdf>, 或者该文件也公布于 DHS 的办事处。
- DHS 和 OHA 将会在下列天数范围内向您说明您是否有资格获得福利:
 - » 根据残障人士身分所作的医疗决定为 90 天(特殊情况除外)
 - » 其他健康福利为 45 天
- 如果您对 DHS 或 OHA 的决定有异议,您可以申请听证会。
- DHS 的工作人员可协助您填写听证会申请表。如果您有接受居家和小区照护或看护中心照护,则您没有权针对遗产追讨要求申请听证会。请参阅“遗产追讨计划”一节以了解详情。您必须在决定作出后的 90 天内申请听证会。

您的责任(您必须完成的事项):

如果您有参加任何 DHS 或 OHA 计划,您必须:

- 向 DHS 和 OHA 提供真实、正确且完整的信息。
- 针对您所通报的部分事项提供证明。如果您无法取得证明,您必须在必要时准许我们与其他人或机构联络以索取证明。
- 准许 DHS 和 OHA 的工作人员至您府上进行访视,以取得与您个案有关的信息。
- 向 DHS 和 OHA 通报变更。
- 如果您的个案获选必须接受审查,您必须协助 DHS 和 OHA 取得证明。我们将会随机抽选个案接受审查。
- 授权司法部的子女抚养分部向 DHS 和 OHA 公开您的子女抚养记录,除非您有正当理由拒绝授权。
- 申请并使用您有资格获得的特定福利或补助金。其中可能包括下列任何一项:
 - » 社会安全福利
 - » 铁路职工退休金
 - » 退伍军人福利
 - » 和工会福利
 - » 无过失人身伤害保险,此保险包含在所有汽车保险中
 - » 劳工赔偿保险
 - » 长期照护保险
 - » 医疗保险
 - » Medicare
- 为了完成医疗补助的申请,请接受所有必要的医疗检查。
- 如果您有其他健康保险,请告知医疗服务提供商。例子如下所列:
 - » Medicare
 - » 退伍军人福利
 - » 劳工赔偿保险
 - » 无过失人身伤害保险,此保险包含在所有汽车保险中
 - » 其他健康保险
- 在针对您的医疗照护向 DHS 或 OHA 请款之前,医疗服务提供商应先向其他保险请款。请在接受服务之前提供由州政府所核发的医疗识别卡号码。
- 如有需要,请支付月费以保有医疗福利和服务福利。我们将会根据您的财务状况变化针对这些费用进行调整。
- 如果您或您家中任何人同时符合以下两项条件,请在 10 天内向人身伤害留置权处理单位进行通报:
 - » 取得医疗补助或俄勒冈州健康计划(OHP)福利。
 - » 针对导致伤害的责任方提出索赔。

通报变更

如果您通过 DHS 或 OHA 获得福利,您必须通报会对您以及与您一起领取福利之其他人士造成影响的特定变更。如果您没有按照规定进行通报,您可能会获得过多福利。您家中任何年满 18 岁以上的人士均可能必须偿付福利费用。

在福利获得核准后,通知将会告诉您必须通报的内容和时间。每项计划都有不同的通报规定。您需要通报的内容和时间可能会有所不同。

当您通报变更时,工作人员将会告知您是否需要提供证明。如果该变更会对您获得的其他福利造成影响,相关机构将会通知您。如果您不确定自己是否需要通报某项变更,您可向工作人员洽询。

如果您享有其他保险

如果您或您的家庭成员享有其他医疗保险,请在您接受照护之前告知医疗服务提供商(医生、诊所、药房或医院)。如果您有汽车保险且您在交通事故中受伤,请告知医疗服务提供商有关您有汽车保险之事。他们在向 OHA 请款之前,必须先向其他保险公司请款。如果 DHS 或 OHA 支付了应由保险支付的医疗账单,DHS 或 OHA 将会采取行动追讨此款项。例如:

- 如果 DHS 或 OHA 支付了应由私人保险支付的账单,DHS 或 OHA 将会试图向保险公司追讨此款项。
- 如果 DHS 或 OHA 支付了某份医疗账单,而医疗服务提供商也获得保险公司的给付,DHS 或 OHA 将会试图向医疗服务提供商追讨此款项。
- 如果 DHS 或 OHA 支付了某份医疗账单,而保险公司寄送该医疗账单的支票给您,DHS 或 OHA 将会试图向您追讨此款项。

给付转让与留置权

如欲符合医疗补助的资格,您必须将下列任何款项提供给 DHS、OHA 及您的 CCO:

- 您或与您一同领取医疗补助的其他人士通过对您受伤或对由医疗补助给付之医疗费用负有法律责任的人士所获得或有权获得的款项。

这些款项包括由下列任何来源所提供的款项:

- 私人健康保险
- 个人
- 汽车保险
- 其他来源

这称为“转让给付”给 DHS 或 OHA 和 CCO。对领取医疗补助的所有人士而言,转让给付是自动的。若要继续领取医疗补助,您及其他家庭成员(包括您在未来所生的所有孩子)均必须协助 DHS 或 OHA 通过下列所有方式寻找并取得这些给付:

- 在 10 天内告知 DHS、OHA 及您的 CCO 有第三方对您或您的家人造成伤害。
- 提供与肇事方有关的信息。
- 协助索取任何其他信息。其中包括保险信息。

DHS 或 OHA 可以收取的款项金额有限。DHS 或 OHA 所收取的款项金额不得超过负有法律责任的当事方所必须支付的医疗费用金额。

我们可针对由负有法律责任的当事方所支付的任何款项行使留置权,以保证 DHS、OHA 或 CCO 可以获得付款。

您必须同意让下列人士或单位向保险公司公开您的医疗记录:

- 医疗服务提供商
- 雇主
- 医院
- 政府机关

这包括您以及有获得医疗补助之其他家庭成员的相关记录。仅有在为了让 DHS 或 OHA 能够将款项追讨回来的情况下,这些人士和单位才会向保险公司公开您的医疗记录。

其他信息

社会安全号码 (SSN) 的使用

下列法律规定, 凡申请现金或粮食福利的所有人士, 均必须向 DHS 和 OHA 提供其社会安全号码 (SSN):

- 联邦法律 (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))
- 《俄勒冈州行政法规》(OAR 461-120-0210)

如果您提供 SSN, 这将可以加快申请的处理速度。如果有人没有 SSN, 请登录网站 www.ssa.gov 以了解如何申请 SSN 的信息。

- DHS 和 OHA 将会使用您的 SSN 来协助判定您是否符合福利资格。我们会将您的 SSN 用于以下用途:
 - » 验证您的收入
 - » 验证其他资产
 - » 与其他州政府及联邦政府记录进行比对, 例如下列单位:
 - * 国税局 (Internal Revenue Service, IRS)
 - * Medicaid
 - * 子女抚养服务处
 - * 社会安全局
 - * 失业保险福利
 - * 其他公共补助计划。
- 若您申请或领取福利的计划资金提供者要求 DHS|OHA 提供信息或报告, DHS|OHA 可能会使用您的 SSN 来准备搜集信息或报告。
- DHS 和 OHA 可基于下列理由使用或揭露您的 SSN:
 - » 如果我们需要您的社会安全号码来营运您所申请或领取福利的计划。
 - » 进行质量评估和改善活动。
 - » 确认给付金额正确并追讨超额给付的福利。
 - » 确认没有人通过一个以上的家庭领取福利。

收入与资产验证

您在本申请表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验证。当我们在确认您的医疗补助资格时, DHS 和 OHA 会使用下列工具:

- 收入和资格验证系统 (Income and Eligibility Verification System, IEVS)
- 资产验证系统 (Asset Verification System, AVS)

当您申请和领取医疗补助时, AVS 会搜寻您以及按规定必须提供财务信息之任何人士的下列项目。不论您是否有通报, AVS 均会搜寻下列项目:

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

DHS 和 OHA 也可能会将您申请表上的任何信息提供给执法人员, 以协助他们逮捕想要逃脱法律制裁的人士。

遗产追讨计划

遗产追讨计划是一项复杂的计划, 此计划适用于下列项目:

- 医疗补助
- 俄勒冈州收入补充计划
- 般补助
- 有些人同时享有 Medicare 和医疗补助。

遗产追讨的目的是要通过已过世之补助领取人的资产来要求偿付已给付的补助。追讨回的部分款项将会回归给联邦政府。剩余款项则会用作计划资金以向其他有需要的人提供服务。遗产追讨规定有许多例外情况。

州政府通过您的遗产追讨福利费用的权利

如果您符合下列情况, DHS 和 OHA 可以在您过世之后向您的遗产(如 ORS 416.350 所定义)申请金钱索赔:

- 如果发生下列情况, 医疗福利的费用可能需由您的遗产支付:
 - » 您是在 2013 年 10 月 1 日之后获得州政府的医疗福利。
 - » 您已超过 54 岁且您有获得长期照护福利。

这包括俄勒冈州健康计划代您向管理式照护计划或 CCO 支付的费用。

- 如果发生下列情况, 医疗福利的费用可能需由您的遗产支付:
 - » 您是在 2013 年 10 月 1 日之后获得州政府的医疗福利。
 - » 您已超过 54 岁或者您有某些类型的信托:
 - * 特殊需求信托
 - * 收入上限信托
- 如果您通过下列任何方式获得福利, 您的遗产可能会遭到索赔:
 - » 俄勒冈州收入补充计划
 - » 某些一般补助
 - » 因为您同时享有医疗补助和 Medicare D 部分, 因此州政府按规定必须每月为您支付一笔款项。

如果您过世时您的配偶仍在世, DHS 和 OHA 将会延迟提出索赔。

如果您的下列任何家庭成员仍然在世, DHS 和 OHA 将不得向您的遗产申请此类索赔:

- 任何未满 21 岁的亲生子女或领养子女。注:这不包括继子女。
- 任何失明或残障(如社会安全局的标准所定义)的亲生子女或领养子女, 不论年龄为何。

注:有关针对遗产提出索赔的法律和法规可能会有变更, 恕不另行通知。

凡通过客户的遗产获得资产的任何人士均可要求 DHS 或 OHA 豁免遗产追讨规定, 条件是其必须符合经济困难豁免规定。遗产追讨单位在开始进行追讨程序时所寄送的信息当中, 有包含如何申请经济困难豁免规定的说明。

请与遗产行政管理单位联络, 联络信息如下:

PO Box 14021

Salem, OR 97309-5024

电话:503-378-2884

1-800-826-5675 (仅限俄勒冈州内)

传真:503-378-3137

转让资产的罚则

如果您以低于资产的价值转让资产, 您可能会丧失获得某些福利的资格。我们所谓的转让资产是指您将资产赠与或出售给他人。资产包括收入和有价值物品。例子如下所列:

- 房屋
- 汽车
- 不动产
- 现金

在出售或赠与任何资产之前, 请先与您的工作人员洽谈。

如果您转让资产, 您可能会丧失获得下列福利的资格:

- 长期照护 (Long-Term Care, LTC) 服务:
 - » 成人寄养机构
 - » 护理机构
 - » 生活辅助机构
 - » 其他护理场所
 - » 居家服务
- 难民医疗援助

我们将会回溯查看您提出申请前的资产,以确认是否有任何资产转让需受到处罚:

- 针对 LTC,我们将会回溯查看 5 年。
- 若您申请难民医疗援助,我们将会回溯查看 3 年。

转移资产的罚则从您提出申请并取得资格之时开始算起。罚则仅适用于上列福利。罚则将包含拒绝您对该福利的申请。如果您在领取福利的期间转移资产,您也会受到惩罚。罚则将包含停止提供该福利一段时间。如果您的 LTC 福利终止了,您的其他医疗福利可能也会遭到缩减或终止。

声明和签名

在申请表上签名即代表您确认:

- 您了解 DHS 和 OHA 将会使用州政府和联邦政府的计算机数据库及系统来确认您在本表格中所提供的信息。其中可能包括有保存与您收入、其他健康保险相关信息的数据库和系统,包含 Medicare、社会安全福利以及公民和移民身分。
- 您了解,某些医疗服务和设备需要获得事先授权 (Prior Authorization, PA) 且在取得医疗服务和设备之前,您已拥有由 DHS、OHA、协调式照护组织 (CCO) 或协调式照护计划提供的 PA。
- 您及您的配偶同意,若你们有申报任何年金, DHS 或 OHA 将为年金的受益人。
- 本人了解,如果本人没有通报下列费用, DHS 和 OHA 将不会使用下列费用来审查本人的长期照护福利:
 - » 住房
 - » 医疗
 - » 托儿
 - » 法院命令的子女抚养费
- 本人了解并同意本申请表中“请阅读并签名”部分 (步骤 8) 以及“申请指南”中“请阅读并签名”部分所述的信息。

附录 A — 老年人及残障人士 (Medicare)

如果您家中有任何人申请福利且符合以下条件,我们可能需要审查以年龄或是失明或残障人士身分为依据的计划:

- 正在使用 Medicare 或有资格使用 Medicare
- 年满 65 岁以上
- 申请长期照护服务

如果我们要审查这些计划,我们将需要附录 A 中的信息。您不一定要在现在回答附录 A 中的问题,但回答这些问题可以加速申请流程。如果我们审查这些计划,我们将需与您面谈。我们将会寄信给您安排面谈。当您前来接受面谈时,我们将会询问您附录 A 中的问题。