



## 家庭護理計劃（HCP）申請表

申請人：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

配偶：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 城鎮：\_\_\_\_\_

收入 (MassHealth 會員請勿填寫「收入」一欄)	申請人		配偶	
	月收入	年收入	月收入	年收入
a. 社會安全金				
Medicare/Part B				
b. 租金（租金表）				
c. 利息				
d. 股息/年金				
e. 養老金：				
f. 其他：				
g. 其他：				
月收入小計		x 12 =		x 12 =
年收入總計				
h. 總計				

請閱讀以下內容，並在下方簽名，證明您同意以下陳述：

- 據本人所知所信，以上資訊真實無誤。
- 如果符合資格，我同意為所接受的服務支付月協同付款，協同付款額不超過 \_\_\_\_\_。
- 如果我不支付月協同付款，向我提供的服務可能終止。
- 我理解月協同付款額每年可能增加。我會在費用增加前至少30天收到書面通知。

簽名：

申請人：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

配偶：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

證人/代理人：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

個案經理/註冊護士（CM/RN）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

決定日期：\_\_\_\_\_ 通知日期：\_\_\_\_\_

金融機構		
名稱	地址	數額
		\$
		\$
		\$

評論意見：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

由 ASAP 填寫 (FOR ASAP USE)			
<u>Eligibility</u>			
<u>Financial</u>		<u>Applicant</u>	<u>Spouse</u>
<input type="checkbox"/> 1. Voluntary/nonMedicaid	AGE:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> 2. Cost sharing/fixed		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
<input type="checkbox"/> 3. Cost sharing/utilization	FIL:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> 4. Respite/over income		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
<input type="checkbox"/> 5. Over income	NEED:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
Comments:			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			