



Mẫu Đơn Xin Tham Gia Chương Trình Chăm Sóc Tại Gia (HCP)

Đương đơn: _____ Ngày sinh: _____

Người phối ngẫu: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố/Thị trấn: _____

Lợi Tức (Các thân chủ của MassHealth không cần phải hoàn tất phần lợi tức)	Đương Đơn		Người Phối Ngẫu	
	Hàng tháng	Hàng năm	Hàng tháng	Hàng năm
a. An Sinh Xã Hội				
Medicare/Phần B				
b. Tiền Thuê Nhà (tờ tính toán tiền thuê nhà)				
c. Lợi Tức/Tiền Lãi				
d. Cổ Tức/Tiền Niên Kim				
e. Tiền Trợ Cấp Hưu Trí:				
f. Lợi Tức Khác:				
g. Lợi Tức Khác:				
Tổng Lợi Tức Hàng Tháng		x 12 =		x 12 =
Tổng Lợi Tức Hàng Năm				
h. TỔNG CỘNG				

Xin đọc phần sau đây và ký tên phía dưới để xác nhận các câu tuyên bố này:

- Dữ kiện ở trên là đúng theo sự hiểu biết và tin tưởng nhất của tôi.
- Nếu hội đủ điều kiện, tôi đồng ý trả một khoản tiền trả phụ (co-payment) hàng tháng cho các dịch vụ, và khoản tiền này không vượt quá _____.
- Nếu tôi không trả số tiền trả phụ hàng tháng này, thì các dịch vụ của tôi có thể sẽ bị chấm dứt.
- Tôi hiểu rằng số tiền trả phụ (co-payment) hàng tháng của tôi có thể tăng mỗi năm. Tôi sẽ nhận được thư thông báo ít nhất 30 ngày trước khi khoản lệ phí này tăng lên.

Các chữ ký:

Đương đơn: _____ Ngày: _____

Người phối ngẫu: _____ Ngày: _____

Người làm chứng/Người đại diện: _____ Ngày: _____

CM/RN(Quản Lý Viên Hồ Sơ/Y tá): _____ Ngày: _____

Ngày Quyết Định: _____ Ngày Thông Báo: _____

Các cơ quan tài chánh		
Tên	Địa chỉ	Số tiền
		\$
		\$
		\$

Ý kiến nhận xét: _____

CHỈ DÀNH CHO ASAP SỬ DỤNG (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: _____			

