



## 您的医疗援助即将结束!

Department of Human Services  
Economic Security Administration  
Medicaid Branch, 5<sup>th</sup> Floor  
645 H Street NE  
Washington, DC 20077-0555

<Primary First Name> <Primary Last Name>  
<Address>  
<City>, <State> <Zip Code>

案件编号: «CASE\_»

资格结束日期: «RECERT\_DATE»

**[IF ABD/Dual Eligible]** 现在应该续约您的 **<type of medical assistance>** 医疗援助承保。您必须至少每年续约一次您的医疗援助承保。您必须在 **<RECERT DATE>** 之前填写并返回这份续约表格和所有必需文档的副本，以保持您的医疗援助承保。

请阅读并回答表格上的所有问题。阅读您和您的家庭中或您的纳税申报表上每个人的信息。补充任何缺失的信息。如果任何信息有变化，请写上正确的信息。在表格上签名并将填妥的表格和所有必需文档通过邮件、电话、传真或本人送至 District of Columbia (District) Department of Human Services (DHS), Economic Security Administration (ESA), Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555。

如果您没有在 **<RECERT DATE>** 之前返回填妥的续约表格和所有必需文档的副本，那么您将失去您的医疗援助承保。

**[IF KATIE BECKETT]** 现在应该续约您孩子的 Medicaid 承保。您必须至少每年续约一次您孩子的承保。您必须在 **<RECERT DATE>** 之前填写并返回这份续约表格、随附的《照护级别》(Level of Care) 和《照护计划》(Care Plan) 表格，以及所有必需文档的副本（IEP/IFSP 和《医疗必要性信函》(Letter of Medical Necessity)），以保持您孩子的医疗承保。

请阅读并回答表格第 2 部分至第 6 部分的所有问题，并确保输入以下内容：1) 父母和孩子的收入，2) 孩子的资产，和 3) 家庭报税状况。阅读您和您的家庭中或您的纳税申报表上每个人的信息。补充任何缺失的信息。如果任何信息有变化，请写上更新的信息。在表格上签名并将填妥的表格和所有必需文档通过邮件、电话、传真或本人送至 Department of Human Services, Economic Security Administration, Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555。

如果您没有在 **<RECERT DATE>** 之前返回填妥的续约表格和所有必需文档的副本，那么您的孩子将失去他们的 Medicaid 承保。

**[IF QMB Only]** 现在应该续约您的合格 Medicare 受益人 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) 计划承保。您必须至少每年一次填写并返回此续约表格，以保持您的 Medicare A 部分和 B 部分保费承保以及您的 Medicare 成本分摊费用（共同保险、定额手续费和自付额）承保。如果您不希望接受其他 Medicaid 资格计划或其他保险负担能力计划的评估，则只需填写**第 1 部分和第 6 部分**。

如果您希望接受其他 Medicaid 资格计划或其他保险负担能力计划的评估，则必须回答表格的全部问题。

阅读您和您的家庭中或您的纳税申报表上每个人的信息。补充任何缺失的信息。如果任何信息有变化，请写上正确的信息。在表格上签名并将填妥的表格和所有必需文档通过邮件、电话、传真或本人提交至 Department of Human Services, Economic Security Administration, Medicaid Branch, 5<sup>th</sup> FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555。

如果您没有在 **<RECERT DATE>** 之前返回填妥的续约表格和所有必需文档的副本，那么您将失去您的 QMB 承保。

如果您对以下任何问题回答“是”，那么您必须向我们提供该问题下所列文档的副本。如果我们要求您提供此表格所列文档以外的其他文档，那么我们将另行发信给您，索要我们需要的文档。

划掉已搬走的任何人。 添加您家庭中的新成员。		
<First Name> <Last Name>	<First Name> <Last Name>	<First Name> <Last Name>
<First Name> <Last Name>	<First Name> <Last Name>	<First Name> <Last Name>

## 第 1 部分：QMB 问题

1. 您是否参保了 Medicare?  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	承保类型  <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分	Medicare 索赔号	A 部分： 生效日期 <hr/> B 部分： 生效日期
2. 您的配偶是否参保了 Medicare?  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	承保类型  <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分	Medicare 索赔号	A 部分： 生效日期 <hr/> B 部分： 生效日期
3. 您或您家庭中是否有任何人先前接受过补充保障收入 (SSI)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  您的 SSI 是何时终止的?  <b>SSI 终止的日期:</b> _____	4. 您目前是否接受《社会保障法案》第二篇社会保障福利 (SSA)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  您何时开始接受社会保障福利?  <b>SSA 开始的日期:</b> _____		
5. 您或您的配偶是否有收入? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  您 <u>可以</u> 附上收入证明 (例如, 您的最近 2 次工资单、退休金、养老金等)。			

## 第 2 部分：回答以下问题

1. 您的家庭中是否有人怀孕 (包括您)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  <b>预计产子数:</b> _____  <b>预产期:</b> _____	2. 您或您家庭中是否有任何人自从最近一次申请/续约后生了孩子? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  <b>孩子姓名:</b> _____  <b>出生日期:</b> _____
3. 从去年起您是否搬过家? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  如果是, 在这里写下您的新地址:  _____  _____  _____	4. 您的公民身份/移民身份是否在上次续约后发生变更? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  如果是, 告诉我们谁的身份变更了:  _____  _____

<p>5. 您、您的配偶和/或子女是否有收入？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>您可以附上收入证明（例如，您的最近 2 次工资单、退休金、养老金等）。</p>	<p>6. 您是否支付子女或老人抚养费？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果是，您<b>必须</b>附上子女抚养费的证明</p>
---	---

7. 您是否有身体、精神或情绪上的健康状况，导致活动受限（如洗澡、穿衣、日常家务等），或住在医疗机构或养老院？  是  否

8. 现在是否有人加入了以下健康承保？  是  否  
**如果是**，请勾选承保类型，并在他们所参保的承保旁边写上此人的姓名。

<input type="checkbox"/> Medicaid _____ <input type="checkbox"/> CHIP _____ <input type="checkbox"/> Medicare _____ <input type="checkbox"/> TRICARE (如果您有直接护理 (Direct Care) 或公务伤病护理 (Line of Duty), 不要勾选) _____ <input type="checkbox"/> 退伍军人医疗保健计划 _____ <input type="checkbox"/> 和平部队 _____	<input type="checkbox"/> 雇主保险 _____ 健康保险的名称: _____ 保单号: _____ 是否为 COBRA 承保? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 是否为退休人员健康计划? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他 健康保险的名称: _____ 保单号: _____ 是否为有限福利计划 (比如学校事故保单)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---	---

9. 您或您家庭中是否有任何人先前接受过补充保障收入 (SSI)?

是  否

您的 SSI 是何时终止的?

**SSI 终止的日期:** \_\_\_\_\_

10. 您目前是否接受《社会保障法案》第二篇社会保障福利 (SSA)?

是  否

您何时开始接受社会保障福利?

**SSA 开始的日期:** \_\_\_\_\_

### 第 3 部分：税务信息

1. 您是否计划明年提交联邦所得税申报表？  是  否

**如果是，请回答以下税务信息问题 2 至 5b。**  
**如果否，请继续至问题 4 和 5。**

2. 您是否会与配偶一起提交？  是  否

如果是，配偶姓名：  
 \_\_\_\_\_

<p>3. 您是否会在您的纳税申报表上申报任何受赡养者？  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果是，请列出受赡养者的姓名：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>4a. 您是否会被申报为他人纳税申报表上的受赡养者？  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果是，请列出纳税申报人的姓名：</p> <p>_____</p> <p>4b. 您与该纳税申报人有什么关系？</p> <p>_____</p>
---	--

5. 您是否是 18 岁以下儿童的父母/亲属看护人？  是  否

### 第 4 部分：资产

请告诉我们您的资产情况。请勾选所有适用项，并注明该账户是否属于：个人 **(I)**，与配偶共同拥有 **(JS)**，与配偶以外的人共同拥有 **(OP)**。如果账户是与您的配偶或其他人共同拥有的，那么您必须在下面适当的方框中列出他们的姓名。

	I	JS 姓名	OP 姓名		I	JS 姓名	OP 姓名
<input type="checkbox"/> 留存现金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 其他退休 账户	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 支票账户	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 股票和债券	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 储蓄账户	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 国库券/ 其他票据	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 信用社账户	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 信托账户	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 患者基金账户	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> IRA/Keogh 账户	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 在持续 护理退休 社区持有 的资金 或存款	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

### 第 5 部分：资源

HealthCheck 为拥有 Medicaid 的儿童提供免费检查。它也支付儿童所需的其他服务的费用。HealthCheck 还可以让您免费搭车去看医生。欲知详情，请拨打 1-888-557-1116。

妇女、婴儿和儿童特别补充营养计划 (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) 是一项针对孕妇、哺乳期妇女和五岁以下儿童的计划。通过 WIC，您每月可节省高达 \$140 的食物费用。欲知详情，请拨打 (202) 645-5663。

如果您符合 Medicaid 的资格，您可以得到您已支付的一些账单的退款。Medicaid 也可以支付一些未支付的账单。欲知详情或如果您需要填写此表的协助，请拨打 (202) 698-2009。如果您有听力障碍，您可以拨打 TTY 电话 (202) 724-1369。

**[IF KATIE BECKETT]** 有关 TEFRA/Katie Beckett 资格组别的更多信息，请参考随附的 DC Katie Beckett 情况说明书。

### 第 6 部分：此处签名

我相信我在这两页表格上的所有信息都是正确的。我已在此表上报告了我的所有变更。我知道，如果我提供虚假信息，我可能会触犯法律。我知晓伪证罪的惩罚并签署此表。

工整书写姓名：	签名：
电话：	日期：
授权代表工整书写姓名/签名：	
电话：	日期：

## 提交填妥续约表 1209 的方式

- **通过邮件：** 填写此表并用随附的信封寄至：

District of Columbia  
 Department of Human Services  
 Economic Security Administration  
 Outstation/Medicaid Renewal Unit  
 645 H Street NE  
 Washington DC 20077-0555

- **发传真：** 您也可以向我们发送传真至 **(202) 535-1122**。
- **亲自提交：** 到访下一页列出的任一 ESA（经济安全管理局）服务中心。