

若您需要以下服务，请通知我们：

- 口译人员 我的语言：
 手语翻译
 书面材料翻译（语言）：
 材料语言：
 盲文 大字体版本 录音带
 电脑磁盘 口头陈述

Aging and
People with
Disabilities

SDS 539C

Client: _____

姓名： _____ 社会安全号： _____

出生日期： _____ 男 女

配偶姓名： _____ 社会安全号： _____

居住地址： _____ 电话： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

邮寄地址（若与家庭地址不同）： _____

请在另外一页纸上写出您的所有家属。

如果您尚未报名参加目前在您居住地进行的投票，您是否愿意现在报名参与投票？ 是 否

申请或拒绝报名参加投票并不会影响您将从本机构获得的补助金额。

您或您的家人是否为退伍军人？ 是 否

Date sent: _____

Case number: _____

Prime number: _____

写下您的收入：

社会保障福利： \$ _____ 退伍军人福利： \$ _____

退休金或养老金福利： \$ _____ 工作收入： \$ _____

其他： \$ _____ 其他： \$ _____

Date of birth: _____

Program: _____

写下您配偶的收入：

社会保障福利： \$ _____ 退伍军人福利： \$ _____

退休金或养老金福利： \$ _____ 工作收入： \$ _____

其他： \$ _____ 其他： \$ _____

Branch code: _____

我本人或其他申请人拥有或共同拥有以下一种或多种形式的财产：

支票账户： \$ _____

储蓄账户： \$ _____

房产、信托、退休金、定期存单： \$ _____

其他： \$ _____

Worker: _____

Worker phone: _____

在过去 60 个月内，我本人或其他申请人已出售、交易或捐赠了个人财产、现金、不动产（土地、房屋或终身产权利益）或房屋净值贷款收益。 是 否

如果是，请填写下列内容。

财产说明	转让日期	转让价值	收入总额	拖欠金额	每月还款金额
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

社会服务部 (DHS) 和俄勒冈州卫生局 (OHA) 将不会歧视任何人。这意味着 DHS|OHA 将帮助所有符合资格的人士。DHS|OHA 不会因年龄、种族、肤色、族源、性别、性取向、宗教、政治信仰或者残障而拒绝帮助任何人。如果您认为 DHS|OHA 因上述任何原因歧视您，您可以提出投诉。

我本人或其他申请人拥有或正在购买以下物品：汽车、卡车、摩托车、船、露营车、雪地摩托车、挂车、贸易工具、农场或商业设备、牲畜、木材或其他。 是 否

物品	工艺、型号、年份或其他说明	价值	拖欠金额
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____

我本人或其他申请人拥有或正在购买或者共同拥有以下财产：

房子 移动房屋 其他土地或房屋 无

请填写以下各项	1 号财产	2 号财产
a. 地址:	_____	_____
b. 财产用途:	_____	_____
c. 每月还款金额:	\$ _____	\$ _____
d. 房产税	\$ _____	\$ _____
e. 主体结构的火灾保险:	\$ _____	\$ _____
f. 股权价值:	\$ _____	\$ _____

我本人或其他申请人正在租房子或者与他人合租房子。 是 否

如果“是”，月付金额为：\$ _____ 收款人：_____

我本人或其他申请人获得住房补助和公用事业抚恤金。 是 否

付款人	物品	频率	金额
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

我本人或其他申请人有健康保险。 是 否

如果是，选择保险类型并填写以下内容：

个人保险 政府福利 特殊赔偿

公司	保单号	保费金额
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

我本人或其他申请人拥有伤害保险赔偿。 是 否

如果是，列出受伤人员和受伤日期。

如果是，请填写相应的 MSC 0451 表格。

我本人或其他申请人有人寿保险或丧葬保险。

是 否

如果是，请填写下列内容。

公司	保单号	票面价值	现金金额	受保人
_____	_____	\$ _____	\$ _____	_____
		\$ _____	\$ _____	

我本人或其他申请人有过去 90 天内接受医疗服务时产生的未付医疗费账单。 是 否

我本人或其他申请人有预付的葬礼计划或丧葬信托，包括人寿保险或由其他人保管的用于葬礼支出的金钱。 是 否

公司名称: _____

金额: _____

地址: _____

你是否拥有以下任何一项:

- 紧急联系人 委托书 监护人
- 授权代表 保护人

姓名: _____

电话: _____

虽然您不需要提供此信息，但是您的合作则表明了您遵守《联邦民权法》。我们在考量您的申请时不会用到此信息。您也可以拒绝提供此信息，并且不会影响您的早请。根据《1964 年民权法案》第 VI 条，我们有权要求您提供此类信息。

种族 (选择一项): 西班牙裔/拉丁美洲裔 非西班牙裔/拉丁美洲裔

民族血统 (可多项选择): 白种人 黑人或非裔美国人 亚洲人

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 夏威夷土著或其他太平洋岛民

此表格中您所提供的信息将由联邦、州和当地官员通过州收入和资格审核系统进行验证和审核。另外，此信息还会提交给美国公民及移民服务局进行审核。

“转让”付款

若要符合获得公共援助的资格，您必须让俄勒冈卫生局 (OHA) 或社会服务部 (DHS) 了解您或其他受助者从以下来源获得或有权获得的所有金额:

- 私人健康保险;
- 负责或可能负责承保 OHA 或 DHS 支付的伤害医疗费用的其他人或其他来源。
如果您或其他受助者向他人提出伤害索赔，如交通事故，请参见第 14 页《州关于任何伤害索赔的留置权》。

签署此表格，则表明您同意将您的公共援助所涵盖的所有人之款项所有权转让给 OHA 和 DHS。其中包括您自己和其他家庭成员 (包括任何今后出生的子女)。

签署此表格，则表明您同意帮助 DHS 和 OHA 寻找并获得此类款项。DHS 和 OHA 对于他们可以接受的款项额度有明确规定。它不能大于您和您的家庭所接受的援助款项数额。

您还同意医疗服务提供者、医院、雇主和政府机构可以将医疗记录透露给保险公司。医疗记录包括您和其他家庭成员获得医疗援助的记录。我们仅会因获得偿付的目的而披露该记录。

如果您拥有其他保险。

如果您或其他家庭成员拥有其他医疗保险，请在接受照护前告知医疗服务提供者（医生、诊所或医院）。他们必须在向 OHA 开送账单前要求其他保险公司支付医疗账单。

如果您有孩子，并且孩子的爸爸/妈妈没有和你们一起生活，您可以与您所在州的儿童抚养计划合作，为您的孩子获得承保医疗保险并获得现金医疗补助。如果您认为与儿童抚养计划合作意味着会给您或您的孩子带来危险，您也可以选择不合作。

如果 OHA 支付的医疗账单本应由保险公司支付，那么 DHS 和 OHA 将采取行动收回其支付的现金。例如：

- 如果 OHA 支付的账单本应由私人保险支付，那么 DHS|OHA 将尝试从保险公司处收回现金。
 - 如果 OHA 支付了账单，并且保险公司也向医疗服务提供者支付了该账单，那么 DHS|OHA 将尝试从医疗服务提供者处收回现金。
 - 如果 OHA 支付了医疗账单或服务账单，并且保险公司给您一张账单的支票，那么 DHS|OHA 将尝试从您那里收回现金。
-

我们为何需要您的社会安全号码

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 和 42 CFR 457.340(b)）和 DHS 法规 (OAR 461-120-0210) 规定，任何申请现金、食品或医疗福利的个人均需向 DHS 和 OHA 提供其 SSN。此规定不适用于那些仅通过公民/外侨豁免应急医疗 (Citizen/Alien Waived Emergent Medical) 计划申请紧急医疗福利的个人，或并未申请福利的个人。

- a. DHS 和 OHA 将使用您的 SSN 来帮助确认您是否具备享受福利的资格。您的 SSN 将用来核实您的收入和其他资产，并且用于比较 IRS、Medicaid、儿童抚养、社会保险和失业福利等其他州和联邦记录
 - b. DHS 和 OHA 可能会使用您的 SSN 来准备您申请或接受福利之计划的资金来源方所要求的汇总信息或报告。
 - c. DHS 和 OHA 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补偿超付的福利；
 - 为确保在家庭人口超过一人的家庭中，家庭成员均不享受福利。
-

为治疗之目的交换特定的保密健康信息

在管理照护计划向您提供行为或身体健康服务时，出于治疗之目的，俄勒冈州法律 (ORS 192.518 至 192.526) 允许 DHS/OHA 和管理照护计划在未获您授权的情况下共享以下保密健康信息：

- 您的姓名和 Medicaid 受助者编号
 - 您所在医院的医疗服务提供者或主治医师的姓名
 - 您主治医师的 Medicaid 编号
 - 您的诊断结果
 - 向您提供的下列服务信息：
 - 服务日期
 - 服务提供单位的数量
 - 手续和收入代码
 - 药物处方和监测信息
-

州政府对您或其他受助者所获得的任何伤害赔偿的留置权。

您或其他受助者有义务在 10 日内通知社工您或其他受助者向他人（对您或其他受助者造成伤害者）提出的任何索赔。州政府可以留置此类赔偿。

州政府使用您的不动产补偿医疗福利的权利。

如果您不幸离世，DHS 或 OHA 在下列情况下可能拥有向您的不动产索赔的权利（如俄勒冈州第 416.350 号法令所规定）：

- 您在年满 55 岁后享受州医疗福利（这包括俄勒冈州健康计划代表您向管理型护理计划或协同护理机构支付款项）；
- 您在任何年龄下享受一般援助 (General Assistance) 福利，或者；
- 您终身享受州医疗福利，并且截止到身故时，您连续接受过至少 6 个月的收容。（如 OAR 461-135-0832 中所规定的）。

此类索赔旨在补偿州政府为您支付的医疗福利与服务，以及一般援助福利。DHS 或 OHA 申请索赔的金额不得超过其为您及您的家庭成员所提供的援助金额。

如果您的下述任何家庭成员仍旧在世，DHS 或 OHA 不得对您的不动产索赔此笔款项：

- 您的配偶；
- 您未满 21 岁的亲生或收养子女（不包括继子女），或者；
- 您的任何失明或患有残疾的亲生或收养子女（任何年龄）（定义见社会保障标准）。（任何年龄）（定义见社会保障标准）。

如果任何其他受助者的下述任何家庭成员仍旧在世，DHS 或 OHA 不得对此人的不动产索赔此笔款项：

- 此人的配偶；
 - 此人未满 21 岁的亲生或收养子女（不包括继子女），或者；
-

- 此人的任何失明或患有残疾的亲生或收养子女（任何年龄）
（定义见社会保障标准）。

如果您或其他受助者先于各自配偶身故，则在您或其他受助者的配偶身故之前，DHS 和 OHA 不会对任何款项进行索赔。如欲了解更多信息，请查看 DHS 9093 表。请注意，关于对不动产索赔的法律和法规如有更改不另行通知。

权利和责任。我已阅读并理解上文所述的权利和责任，并且持有一份 SDS 0539R 或 MSC 0415R。

我声明，据我所知和所信，此申请表中的信息真实、准确、完整。我知道，作虚假声明或者隐瞒真实信息，将受到州法律和联邦法律的制裁。

户主的完整合法签名

日期

配偶签名

日期