

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION
合格 MEDICARE 受益人 (QMB)、指定低收入 MEDICARE 受益人 (SLMB) 以及合格人士 (QI) 申請

姓名	Social Security 號		Medicare 編號	日期
電話號碼 ()	出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 喪偶
地址 (門牌號, 街道)	城市	州	郵編	

本資訊有助於您申請 QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB) (合格的 MEDICARE 受益人)、SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB) (特定低收入 MEDICARE 受益人)、或 QUALIFYING INDIVIDUALS (QI) (合格個人) 計劃。您的州將為有資格享受 QMB 計劃的人支付 Medicare Parts A 和 B 的保費、抵扣額和共同保險費。您的州將為有資格享受 SLMB 或 QI 的人支付 Medicare Part B 的保費。您可以通過填寫本表並將本表寄給您所在縣的社會服務機構申請 QMB、SLMB、或 QI。

為了有資格享受 QMB、SLMB 或 QI，您必須

- 有資格享受 Medicare Part A (醫院保險)。
- 有資格享受 Medicare Part B (醫療保險)。
- 滿足下列收入要求

QMB: 可計淨收入在或低於 Federal Poverty Level (FPL) 的 100% 的水準 (即個人收入低於 \$1,074，或夫妻共同收入低於 \$1,452*)。

SLMB: 可計淨收入低於 FPL 的 120% 的水準 (即個人收入低於 \$1,288*，或夫妻共同收入低於 \$1,742*)。

QI: 可計淨收入低於 FPL 的 135% 的水準 (即個人收入低於 \$1,449*，或夫妻共同收入低於 \$1,960*)。

*如果您有一個孩子跟您住在一起，這些數額可能會高一些。這些數額每年 4 月估計都會提高。如果您 1 月得到了 Title II Social Security 生活水準調整額，這一數額要到了 4 月才會被計算入內。

- 個人擁有的非豁免財產額不超過 \$7,970 或夫妻共同擁有的非豁免財產額不超過 \$11,960。
- 滿足某些要求和條件，比如是 California 居民。

切記

除 QMB 和 SLMB 計劃外，您可能還有資格參加其他 Medi-Cal 計劃，例如 CalFresh 計劃和/或具有每月開支減少 (分攤費用) 的 Medi-Cal。如果您的收入 超過 QMB、SLMB 和 QI 計劃規定的收入限制，您可能還有資格加入具有每月分攤費用的 Medi-Cal。如果您想申請加入該等其他計劃，請勾選是，縣政府將向您寄送其他需要填寫的表格。

您想申請追溯期為三個月的 SLMB 和 QI 計劃承保福利 (QMB 沒有追溯承保福利) 嗎？ 是 否

列出所有住在您家裡的人 (配偶/孩子)。如果跟您同住的人達三個以上，您可以把他們寫在另一張紙上。

姓名	Social Security 號	性別 男女	出生日	與您的關係

郵寄填寫的表格至您所在縣社會服務機構。

A. 可計收入

1. 填寫 QMB/SLMB/QI 申請人每月收到的非勞動收入額：

- a. Social Security 支票 \$ _____
- b. VA 福利金 \$ _____
- c. 銀行存款或定期帳戶利息 \$ _____
- d. 退休收入 \$ _____
- e. 其他任何非勞動收入 \$ _____
- f. Total (總計) 非勞動收入 - 將 a. 到 e. 欄的金額相加 \$ _____

2. 如果您已婚並與您的配偶住在一起，請填寫您的配偶 每月收到的非勞動收入額：

- g. Social Security 支票 \$ _____
- h. VA 福利金 \$ _____
- i. 銀行存款或定期帳戶利息 \$ _____
- j. 其他任何非勞動收入 \$ _____
- k. 退休收入 \$ _____
- l. Total (總計) 配偶的非勞動收入 - 將 g. 到 k. 欄的金額相加 \$ _____

3. QMB/SLMB/QI 申請人和配偶每月收到的非勞動收入額：

- m. 想成為 QMB、SLMB 或 QI 受益人的個人毛收入 \$ _____
- n. 配偶的毛收入 \$ _____
- o. Total (總計) - 將m. 和 n. 欄的金額相加 \$ _____
- p. 減 \$65 \$ _____
- q. 剩餘 \$ _____
- r. 除以 2 \$ _____

4. 總收入

- 將 f. 欄，l. 和 r. 欄的金額相加 \$ _____
- s. 減 \$20 (任何收入減扣額) \$ _____

5. 可計收入總額

\$ _____

6. 可能有資格享受 QMB、SLMB 或 QI 的人：

- 如果您的收入在或低於 FPL 的 100% 的水準（即個人收入是或低於 \$1,074*，或夫妻 共同收入是或低於 \$1,452*），您可能有資格成為 QMB 受益人。
- 如果您的收入低於 FPL 的 120% 的水準（即個人收入低於 \$1,288*，或夫妻共同 收入低於\$1,742*），您可能有資格成為 SLMB 受益人。
- 如果您的收入低於 FPL 的 135% 的水準（即個人收入低於 \$1,449*，或夫妻共同 收入低於 \$1,960*），您可能有資格成為 QI 受益人。

*如果您有一個孩子跟您住在一起，這些數額可能會高一些。

COUNTY USE

Applicant's unearned income (line f)	\$ _____
Spouse's unearned income (line l)	+ _____
Any Income deduction	- _____
Net unearned income	_____
Net earned income (line r)	+ _____
Total net income	_____
MFBU size	_____
Compare to QMB/SLMB/QI income limit.	
If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.	

B. 財產

一位未婚或不與其配偶同住的 QMB、SLMB 或 QI 受益人所擁有的可計財產額可等於或低於 \$7,970。
 一位已婚並與其配偶同住的 QMB、SLMB 或 QI 受益人所擁有的可計財產額必須只能等於或低於 \$11,960。

下面舉例說明可計財產。**重要：**您和/或配偶居住的住宅不算。用於交通的一輛車**不算**。如果您在您所在縣社會服務機構申請成為 QMB、SLMB 或 QI 受益人，您的縣對財產的界定可能跟本表列出的有所不同。您縣社會服務機構也將看其他財產類別，比如定期存款。這類其他財產**可能或可能不被**計算入財產上限。

填寫下述屬於您、您的配偶或您和您配偶兩人的財產價值。

- 1. 支票帳戶 \$ _____
- 2. 儲蓄帳戶 \$ _____
- 3. 定期帳戶 \$ _____
- 4. 股票 \$ _____
- 5. 債券 \$ _____
- 6. 第二輛車（車價減去欠款） \$ _____
- 7. 第二個住宅（房價減去欠款） \$ _____
- 8. 如果**所有**的保險單票面總計價值超過 \$1,500，
列出人壽保險 單退保金額（切勿包括「定期」
保險單） \$ _____
- 9. 總計財產- 將 1 到 8 欄的金額相加 **\$ _____

COUNTY USE

**個人的總計額不能超過 \$7,970，或者夫妻的總計額不能超過 \$11,960。

補充資訊：SLMB 和 QI 計劃或許可以讓您有資格享受**追溯期達三個月**的 Medicare Part B 保費承保福利。

注意：Medi-Cal 計劃必須透過部分已故 Medi-Cal 成員的遺產追討已付款項，包括在已故 Medi-Cal 成員 55 歲生日或以後向其提供的、用於護理院服務、家庭與社區服務以及住院和處方藥相關服務的管理式護理費用。如果已故成員去世時未留下遺產或擁有任何財產，將無需償付。您可訪問遺產追討網站 <http://dhcs.ca.gov/er> 或撥打 (916) 650-0590 獲得更多資訊。然而，加入到 QMB/SLMB/QI 計劃（同時有 Medi-Cal 或沒有 Medi-Cal）的個人（同時有 Medi-Cal 或沒有 Medi-Cal）則不受限於 Medicare 保費、抵扣額或共付額的「財產回收」規定。

我謹此聲明表上所提供資訊都是真實、正確和完整的，否則願意接受美國和 State of California 就作偽證法律施加的懲罰。	
申請人簽名(或記號) ➤	日期
County Use	
<input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-denied	
Eligibility Worker's signature ➤	Date

DHCS 隱私保護聲明

填寫本表是為了得到 **Department of Health Care Services (DHCS)** 提供的福利。您提供的個人和醫療資訊是隱私並加以保密的。DHCS 需要這些資訊以辨別本表上的您和其他人，同時便於我們對我們的計劃進行行政管理。我們僅僅會出於行政管理的目的與其他州、聯邦和地方機構、合同商、保健計劃和專案分享您的資訊，並且依據法律規定與其他州和聯邦機構分享有關您的資訊。

您必須回答本表上的所有問題，除非注明是「可選填」的問題。如果您的表上沒有我們需要的有關資訊，我們將跟您聯繫要這些資訊。如果您不提供這些資訊，我們將不能就您的福利做出任何決定。您或許得另交一份申請，不然的話，您可能得不到有關的服務。

多數情況下，您有權利查看聯邦和州記錄裡有關您的個人資訊。如果您需要，您可以要求用另外的格式（比如大字體）查看這些資訊。想要得到更多資訊，請跟 **DHCS Information Protection Unit** 聯繫：

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413
Phone: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

這些州法律讓我們有權利收集並保存有關資訊：**CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9**。我們必須給您這份 **Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17**。