

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION
MEDICARE受給資格者(QMB)、MEDICARE指定低所得受給資格者(SLMB)、個人資格申請者(QI)

氏名		Social Security 番号		Medicare 番号		日付
電話番号 ()	生年月日	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	婚姻状況 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未亡人	
住所 (番地、道路)		市	州	郵便番号		

この情報は、Qualified Medicare Beneficiary (国民保険サービス制度受託有資格者 略称: QMB)、Specified Low-Income Medicare Beneficiary (低所得者特定者向け国民保険サービス制度受託有資格者 略称: SLMB)、またはQualifying Individual (個人資格保有者 略称: QI) 制度にお申し込みする際に必要となります。州は、QMBプログラムの資格を有する人に対し Medicare Parts AとBの保険料、控除額、および共同保険料を支払う予定です。また州は、SLMBまたはQI有資格者に対してMedicare Part Bの保険料を支払う予定です。QMB、SLMB、またはQIを申請するにはこの書式に記入し、あなたのお住まいの地方/郡ソーシャルサービス代理店にお送り下さい。

QMB、SLMB、QIの資格を得るには、

- Medicare Part A (病院保険) の対象となっていること。
- Medicare Part B (医療保険) の対象となっていること。
- 以下の収入要件を満たしていることです。
 - QMB:** 正式な純所得がFederal Poverty Level (連邦局貧困基準 略称: FPL)の100%以下になっていること。(単身者の場合は\$1,074 *、カップルの場合は\$1,452 *以下)。
 - SLMB:** FPLの実質収入が120%以下になっていること(単身者の場合は\$1,288 *、カップルの場合は\$1,742 *以下)。
 - QI:** 正式な純所得がFPLの135%以下になっていること。(単身者の場合は\$1,449、カップルの場合は\$1,960以下)

*子供があなたと同居している場合、これらの基準金額は高くなる可能性があります。これらの金額は、毎年4月に増加される可能性があります。1月のTitle II Social Securityからの生活費の調整を受けた場合、この金額は4月までカウントされません。

- 免除されていない課税対象が単身者は\$7,970ドル、カップルは\$11,960ドルを超えていないこと。
- California州に居住していることなど、特定の要件や条件を満たしていること。

重要事項

お客様は、CalFreshおよび/またはMedi-Cal月額保険料の軽減など、QMB や SLMB プログラムに加え、その他のMedi-Calプログラムの資格がある可能性があります。また、QMB、SLMBおよび QIプログラムの収入制限を**超えている**場合、Medi-Cal の月額保険料軽減の資格がある可能性もあります。その他のプログラムを申請する場合、「はい」にチェックを入れてください。州が該当フォームを送信しますので、入力してください。

はい
 いいえ

SLMBおよびQIプログラムの3カ月の遡及適用を申請しますか？(QMBの遡及適用はありません)。

はい
 いいえ

あなたの家庭にいるすべての人(配偶者/子供)を記入してください。3人以上の人があなたと同居している場合、別のページに記入してもらう必要があります。

あなたの郡のソーシャルサービス代理店に書類をメールしてください。

氏名	Social Security 番号	性別		生年月日	あなたとの関係
		男性	女性		

A. 可算収入

COUNTY USE

1. QMB / SLMB / QI申請者が受け取るべき月間不労収入を記入してください:

- a. Social Security小切手 \$ _____
- b. VA利益 \$ _____
- c. 銀行口座または預金証書の利息 \$ _____
- d. 退職による所得 \$ _____
- e. その他の不労所得 \$ _____
- f. Total配偶者の不労収益 - a行を追加し,
e行を抜かしてください。 \$ _____

Applicant's
unearned
income (line f)
\$ _____

Spouse's
unearned
income (line l)
+ _____

2. あなたが結婚されていて、あなたの配偶者と同居されている場合は、配偶者が受け取った月間不労収入を記入してください:

- g. Social Security 小切手 \$ _____
- h. VA利益 \$ _____
- i. 銀行口座または預金証書の利息 \$ _____
- j. その他の不労所得 \$ _____
- k. 退職所得 \$ _____
- l. Total配偶者の不労収益 - g行を追加し,
k行を抜かしてください。 \$ _____

Any Income
deduction
- _____

Net unearned
income

3. QMB / SLMB / QI申請者と配偶者が受け取った月給収入を記入してください:

- m. QMB申請者の総収入、SLMB、もしくは QI \$ _____
- n. 配偶者の総収入 \$ _____
- o. Total- n行を抜かしてm行を追加してください \$ _____
- p. \$65ドルを差し引いてください \$ _____
- q. 残 \$ _____
- r. 2で割られた数字 \$ _____

Net earned
income (line r)
+ _____

Total net income

4. 総所得:

- f, l, r 行を追加してください \$ _____
- s. マイナス\$20 (所得控除) \$ _____

MFBU size

5. 総可算収入

\$ _____

Compare to
QMB/SLMB/QI
income limit.

6. 潜在的なQMB、SLMB、またはQI資格:

- 所得がFPLの100%以下の場合 (1人の場合は\$1,074 *, カップルの場合は\$1,452*)、潜在的にQMBの資格をもっています。
- 所得がFPLの120%を下回っている (1人の場合は\$1,288*, 夫婦の場合は\$1,742*以下) 場合、潜在的にSLMBの資格をもっています。
- 所得がFPLの135%を下回っている (1人の場合は\$1,449*, 夫婦の場合は\$1,960*以下) 場合は、潜在的にQIの資格をもっています。

If over income limit,
is there a spouse
and/or children
in the home?
Complete the MC
176-2 A QMB/
SLMB/QI form.

*子供をお持ちであれば、これらの基準金額が高くなる場合があります。

B. 資産

結婚していない、または配偶者と同居していないQMB、SLMB、またはQIは、\$7,970ドル以下の可算資産を持つことができます。結婚して配偶者と同居しているQMB、SLMB、またはQIは、\$11,960ドル以下の可算資産でなければなりません。

以下は適用される資産の例です。**重要**:あなたおよび/または配偶者が住んでいる家は適用されません。運搬に使用されている車は適用されません。QMB、SLMB、またはQIとなるよう国の社会福祉局に申請する場合、本フォームにより別個、あなたが保有する資産として扱う場合があります。国の社会福祉局が預金証明書も確認するなど、その他の資産の種類があります。その他の資産は、資産制限を適用**する場合**、または適用**しない場合**があります。

あなたとあなたの配偶者、または両方に属する以下の資産価値を記入してください。

- 1. 当座預金 \$ _____
- 2. 普通預金口座 \$ _____
- 3. 預金証明書 \$ _____
- 4. 株 \$ _____
- 5. 債権 \$ _____
- 6. 2台目車両 (価値をマイナスした額) \$ _____
- 7. 2戸目の自宅 (価値をマイナスした額) \$ _____
- 8. 生命保険契約の現金価値 \$ _____
すべての保険契約の名目価値は\$1,500ドルを超えています
(「期間」限定保険契約は含みません)
- 9. 資産合計- 8行目を抜かして1行目を追加 **\$ _____

**この合計は、単身者で\$7,970、カップルで\$11,960を超えることはできません。

COUNTY USE

追加情報:SLMBおよびQIプログラムに基づくMedicare Part B保険料の遡及適用の対象者となる可能性があります。

注: Medi-Calプログラムは、死亡したMedi-Calメンバーの資産から、支払いを差し引かなければなりません。適用される支払いには、管理医療プログラム、看護施設でのサービスならびに家およびコミュニティでのサービス、55回目の誕生日またはそれ以降に死亡したMedi-Calメンバーへ提供される医療および薬剤サービスが含まれています。死亡したメンバーが資産を残していない、または死亡した際に当社への支払い義務がない場合、その義務はありません。詳細は、資産回収ウェブサイト<http://dhcs.ca.gov/er> でご覧いただくか、(916) 650-0590までお電話ください。ただし、QMB / SLMB / QIプログラム (Medi-Calと組み合わせてであろうとなかろうと) に登録されている個人は、Medicareの保険料、控除または共同支払いの不動産リカバリ回復の対象にはなりません。

私は、偽証罪、アメリカ合衆国およびState of Californiaの法律に基づき、私がこのフォームで示した情報が、 真実、正確かつ完全である ということを宣告します。	
申請者の署名 (またはマーク) ➤	日付
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のプライバシーに関する声明

このフォームは、Department of Health Care Services (DHCS)を通じて給付を受けるためのものです。あなたが提供する個人情報および医療情報は私的な機密情報にあたります。DHCSは、このフォーム上であなたと他の人々を識別し、プログラムを管理する必要があります。私たちはあなたの情報を他の州、連邦、地方の機関、請負業者、健康計画、およびプログラムと、法律で要求されているような州および連邦政府機関と共有します。

「オプション」と表示されていない限り、このフォームのすべての質問に回答する必要があります。あなたのフォームに必要な記述が見つからない場合は、あなたに連絡させていただきます。もしもあなたから提供してもらえなければ、私たちはあなたへの給付を決定することができません。新しい申請書を提出しなければならない場合や、サービスが拒否される場合があります。

ほとんどの場合、あなたは連邦および州の記録にあるあなたに関する個人情報を見る権利があります。必要な場合は、(拡大プリント)のような別の書式を見ることができます。詳細については、DHCS Information Protection Unitにお問い合わせください。

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

CA Welfare and Institutions Code § 14001 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9などこれらの州法により私たちに情報を収集、保管する権利が与えられています。Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17に基づきプライバシーに関する声明を提出しなければなりません