

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION
ใบสมัครเพื่อเป็นผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์จากเมดิแคร์ (QMB), ผู้รับผลประโยชน์ประเภทรายได้ต่ำ (SLMB) และผู้มีสิทธิรับผลประโยชน์ (QI)

ชื่อ	หมายเลข Social Security		หมายเลข Medicare	วันที่
หมายเลขโทรศัพท์ ()	วันเกิด	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> ม่าย
ที่อยู่ (เลขที่, ถนน)	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	

ข้อมูลนี้มีเพื่อช่วยคุณในการสมัคร Qualified Medicare Beneficiary (QMB) ผู้ที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ได้รับประโยชน์ของเมดิแคร์ (คิวเอ็มบี), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) ผู้รับประโยชน์ของเมดิแคร์ที่ได้ระบุว่ามียาได้ต่ำ (เอสแอลเอ็มบี) หรือ Qualifying Individual (QI) ใบสมัครเป็นบุคคลผู้มีคุณสมบัติ (คิวไอ) รัฐจะชำระเบี้ย Medicare Parts A และ B หักเงิน และค่าประกันภัยร่วมสำหรับ ผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าโปรแกรม QMB รัฐจะชำระเบี้ย Medicare Part B สำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าโปรแกรม SLMB หรือ QI คุณอาจสมัครเข้า QMB, SLMB, หรือ QI โดยการกรอกแบบฟอร์ม และส่งแบบฟอร์มนี้ให้กับหน่วยงานให้บริการประจำเขตของคุณ

เพื่อให้มีคุณสมบัติเข้ากับ QMB, SLMB, หรือ QI คุณต้อง

- มีคุณสมบัติเข้ากับ Medicare Part A (ประกันสุขภาพ).
- มีคุณสมบัติเข้ากับ Medicare Part B (ประกันสุขภาพ).
- มีคุณสมบัติด้านรายได้ดังต่อไปนี้
 - QMB:** ต้องมีรายได้สุทธิเท่ากับหรือน้อยกว่า 100% ของ Federal Poverty Level (FPL) ระดับความยากจนของสหพันธรัฐ (เอฟพีแอล) (เท่ากับหรือน้อยกว่า \$1,074* สำหรับบุคคลสถานภาพโสด หรือ \$1,452* สำหรับคู่สมรส)
 - SLMB:** มีรายได้สุทธิน้อยกว่า 120% ของ FPL (น้อยกว่า \$1,288* สำหรับบุคคลสถานภาพโสด หรือ \$1,742* สำหรับคู่สมรส)
 - QI:** รายได้สุทธิน้อยกว่า 135% ของ FPL (น้อยกว่า \$1,449* สำหรับบุคคลสถานภาพโสด หรือ \$1,960* สำหรับคู่สมรส)

*หากลูกอยู่ที่บ้านกับคุณด้วย จำนวนดังกล่าวอาจสูงขึ้น จำนวนดังกล่าวจะปรับให้สูงขึ้นในเดือนเมษายนของแต่ละปี หากคุณได้รับแบบฟอร์มการปรับค่าครองชีพจาก Title II Social Security ในเดือนมกราคม จำนวนนี้จะไม่นำมาใช้ในเดือนเมษายน

- มีทรัพย์สินที่คำนวณภาษีมากกว่า \$7,970 โดยไม่ได้รับการยกเว้น แม้ว่าจะเป็นบุคคลสถานภาพโสด หรือ \$11,960 สำหรับคู่สมรส
- มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดและเงื่อนไข เช่น เป็นผู้อาศัยในรัฐ California

ข้อมูลสำคัญ

คุณอาจมีสิทธิในโปรแกรมอื่นของ Medi-Cal นอกเหนือจากโปรแกรม QMB และ SLMB เช่น CalFresh และ/หรือเงินช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายรายเดือนจาก Medi-Cal (แบ่งเบาภาระค่าใช้จ่าย) ใช่ ไม่
 คุณอาจมีสิทธิรับเงินช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายรายเดือนจาก Medi-Cal หากคุณมีรายได้เกินกว่าเกณฑ์ของโปรแกรม QMB, SLMB และ QI หากคุณต้องการสมัครโปรแกรมอื่น ๆ ที่กล่าวมานี้ให้ทำเครื่องหมายที่ใช่ และเขตจะส่งแบบฟอร์มอื่นให้คุณกรอก

ท่านต้องการสมัครเพื่อรับการคุ้มครองสามเดือนย้อนหลัง สำหรับโปรแกรม SLMB และ QI (ไม่มีการคุ้มครองย้อนหลังสำหรับ QMB) ใช่ ไม่

รายชื่อบุคคลที่อยู่ในครัวเรือนของท่าน (คู่สมรส/ บุตร) หากท่านมีสมาชิกมากกว่าสามคนในครัวเรือนของท่าน ท่านอาจระบุรายชื่อในหน้าอื่นได้

ชื่อ	หมายเลข Social Security	เพศ ชาย หญิง	วันเกิด	ความสัมพันธ์กับท่าน

A. รายได้ที่นับได้

COUNTY USE

1. กรอกข้อมูลรายได้ที่ถูกหักรายเดือนของผู้สมัครโปรแกรม QMB/SLMB/QI:

- a. เช็ค Social Security \$ _____
- b. ผลประโยชน์ VA \$ _____
- c. ดอกเบี้ยจากบัญชีธนาคาร หรือบัตรเงินฝาก \$ _____
- d. รายได้จากการเกษียณ \$ _____
- e. รายได้ที่ถูกหักรายเดือนอื่น ๆ \$ _____
- f. รายได้ที่ถูกหัก Total – บวกแถว เอ. ถึง อี. \$ _____

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

Spouse's unearned income (line l)
+ _____

2. หากคุณสมรสและอยู่กับคู่สมรส ให้กรอกข้อมูลรายได้ที่ถูกหักรายเดือนของคุณสมรสของท่าน

- g. เช็ค Social Security \$ _____
- h. ผลประโยชน์ VA \$ _____
- i. ดอกเบี้ยจากบัญชีธนาคาร หรือบัตรเงินฝาก \$ _____
- j. รายได้จากการเกษียณ \$ _____
- k. รายได้ที่ถูกหักรายเดือนอื่น ๆ \$ _____
- l. รายได้ที่ถูกหัก Total ของคู่สมรส - บวกแถว จี. ถึง เค. \$ _____

Any Income deduction
- _____

Net unearned income

3. กรอกข้อมูลรายได้ที่ถูกหักรายเดือนของผู้สมัครโปรแกรม QMB/SLMB/QI และคู่สมรส

- m. รายได้รวมของบุคคลที่ต้องการสมัครเป็น QMB, SLMB, หรือ QI \$ _____
- n. รายได้รวมของคู่สมรส \$ _____
- o. โอ. Total – บวกแถว เอ็ม. ถึง แถวเอ็น. \$ _____
- p. หัก \$65 \$ _____
- q. ยอดคงเหลือ \$ _____
- r. อาร์ หาดด้วย 2 \$ _____

Net earned income (line r)
+ _____

Total net income

4. รายได้รวม

- บวกแถว เอฟ แอล และ อาร์ \$ _____
- s. เอส. ลบด้วย \$20 (การหักรายได้ใด ๆ) \$ _____

MFBU size

5. รายได้ที่นับได้รวม

\$ _____

Compare to QMB/SLMB/QI income limit.

6. ผู้ที่คาดว่าจะมีคุณสมบัติเข้าโปรแกรม QMB, SLMB, or QI

- คุณอาจมีสิทธิ์เข้าโปรแกรม QMB หากรายได้ของคุณเท่ากับหรือน้อยกว่า 100% ของ FPL (\$1,074* สำหรับบุคคลโสด หรือ \$1,452 สำหรับคู่สมรส)
- คุณอาจมีสิทธิ์เข้าโปรแกรม SLMB หากรายได้ของคุณเท่ากับหรือน้อยกว่า 120% ของ FPL (น้อยกว่า \$1,288* สำหรับบุคคลโสด หรือ น้อยกว่า \$1,742* สำหรับคู่สมรส).

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

คุณอาจมีสิทธิ์เข้าโปรแกรม QI หากรายได้ของคุณน้อยกว่า 135% ของ FPL (น้อยกว่า \$1,449* สำหรับบุคคลโสด หรือ น้อยกว่า \$1,960* สำหรับคู่สมรส).

*หากลูกอยู่ที่บ้านกับคุณด้วย จำนวนดังกล่าวอาจสูงขึ้น

B. ทรัพย์สิน

ผู้เข้าโปรแกรม QMB, SLMB หรือ QI ที่ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส อาจมีทรัพย์สินที่นับได้ซึ่งเท่ากับหรือน้อยกว่า \$7,970 ผู้เข้าโปรแกรม QMB, SLMB หรือ QI ที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสจะต้องมีทรัพย์สินที่นับได้เท่ากับหรือน้อยกว่า \$11,960

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นตัวอย่างทรัพย์สินที่นับได้ **ข้อมูลสำคัญ:** บ้านที่คุณ และ/หรือ คู่สมรสของคุณอยู่จะไม่นับรวมด้วย รถยนต์ที่ใช้เดินทางหนึ่งคน จะไม่นับรวมด้วย หากคุณสมัครที่หน่วยงานสวัสดิการสังคมประจำเขต เพื่อเข้าโปรแกรม QMB, SLMB, หรือ QI เขตอาจพิจารณารายการทรัพย์สินแตกต่างกันออกไป มีทรัพย์สินประเภทอื่นที่หน่วยงานสวัสดิการสังคมประจำเขตจะพิจารณาตรวจสอบด้วย เช่น บัตรเงินฝาก ทรัพย์สินอย่างอื่น **อาจนับรวม** หรือ **ไม่นับรวม** กับอัตราทรัพย์สินก็ได้

กรอกมูลค่าทรัพย์สินต่อไปนี้ที่คุณ คู่สมรสของคุณ หรือทั้งคู่ครองกรรมสิทธิ์

- | | |
|---|------------|
| 1. บัญชีเช็ค | \$ _____ |
| 2. บัญชีออมทรัพย์ | \$ _____ |
| 3. บัตรฝากเงิน | \$ _____ |
| 4. หุ่น | \$ _____ |
| 5. ตราสารหนี้ | \$ _____ |
| 6. รถคันที่สอง (มูลค่าลบด้วยจำนวนที่ยังเป็นหนี้) | \$ _____ |
| 7. บ้านหลังที่สอง (มูลค่าลบด้วยจำนวนที่ยังเป็นหนี้) | \$ _____ |
| 8. มูลค่ากรรมธรรม์ประกันชีวิตเป็นเงินสด | \$ _____ |
| หากมูลค่าตามเอกสารกรรมธรรม์ ทั้งหมด รวมกันแล้วเกินกว่า \$1,500 (ไม่รวมกรรมธรรม์แบบ “ชั่วระยะเวลา”) | |
| 9. ทรัพย์สินทั้งหมด- บวกแถว 1 ถึง 8 | **\$ _____ |
| **จำนวนรวมทั้งหมดจะต้องไม่เกิน \$7,970 สำหรับบุคคลโสด หรือ \$11,960 สำหรับคู่สมรส | |

COUNTY USE

ข้อมูลเพิ่มเติม คุณอาจได้รับสิทธิ์รับความคุ้มครองย้อนหลังของคุณได้ถึงสามเดือน ในรูปของเบี้ย Medicare Part B ตามโปรแกรม SLMB และ QI

โปรดทราบ: โปรแกรม Medi-Cal ได้รับเงินส่วนหนึ่งจากนิคมอุตสาหกรรมของสมาชิกที่ทำงานอยู่เมื่อสมาชิก Medi-Cal ผู้นั้นเสียชีวิต เพื่อให้การบริการครอบคลุมกับสิ่งที่สมาชิกผู้นั้นได้ชำระเงินซึ่งหมายถึงเบี้ยประกันนั้นไว้ สิ่งที่สมาชิกสามารถได้รับ คือ การบริการในสถานพยาบาล การบริการส่วนตัวที่บ้าน การบริการในชุมชน การบริการในโรงพยาบาล รวมทั้งสมาชิกสามารถได้รับยาบำรุงเมื่อสมาชิกมีอายุครบ 55 ปีหรือมากกว่านั้น ถ้าสมาชิกของ Medi-Cal ผู้นั้นไม่ได้ย้ายถิ่นฐานไปนอกเขตคุ้มครองหรือสมาชิกเสียชีวิต โดยที่ไม่มีหนี้สินอะไร สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมคุณสามารถเยี่ยมชมสิทธิประโยชน์ได้ที่เว็บไซต์ <http://dhcs.ca.gov/er> หรือโทร (916) 650-0590. อย่างไรก็ตาม บุคคลที่ลงทะเบียนในโปรแกรม QMB/SLMB/QI (ไม่ว่าจะรวมกับ Medi-Cal หรือไม่รวมก็ตาม) จะไม่ถูกเรียกทรัพย์สินที่เป็นเบี้ยของ Medicare คั้น ถูกหักเงิน หรือชำระเงินร่วม

ข้าพเจ้ารับรองว่า ภายใต้โทษจากการให้ข้อมูลเท็จ ของกฎหมายสหรัฐอเมริกาและ State of California ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลในแบบฟอร์มนี้เป็นจริง ถูกต้อง และสมบูรณ์	
ลายเซ็น (หรือเครื่องหมาย) ของผู้สมัคร ➤	วันที่
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

นโยบายคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคล DHCS

แบบฟอร์มนี้มีเพื่อให้รับผลประโยชน์จาก Department of Health Care Services (DHCS). ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ที่คุณได้ให้ไว้ จะถือเป็นข้อมูลส่วนตัวและเป็นข้อมูลลับ DHCS จำเป็นต้องรับข้อมูลนี้เพื่อจำแนกคุณออกจากบุคคลอื่น ในแบบฟอร์มนี้ และเพื่อจัดการโปรแกรมของเรา เราจะให้ข้อมูลของคุณกับรัฐอื่น สหพันธรัฐอื่น หน่วยงานท้องถิ่นอื่น ผู้ทำสัญญาอื่น แผนสุขภาพอื่น และโปรแกรมอื่น เพื่อจัดการโปรแกรมของเราเท่านั้น และหน่วยงานของรัฐอื่น หรือสหพันธรัฐอื่น ตามที่กฎหมายกำหนด

คุณจะต้องตอบคำถามทั้งหมดในแบบฟอร์มนี้ เว้นแต่หากข้อนั้นมีเครื่องหมาย “เลือกตอบได้” หากแบบฟอร์มขาดข้อมูลใด ๆ ที่ทางเราต้องการ เราจะติดต่อคุณเพื่อรับข้อมูลนั้น หาก你不ให้ข้อมูลดังกล่าว เราจะไม่สามารถพิจารณาผลประโยชน์ของคุณได้ คุณอาจจะต้องยื่นสมัครใหม่ หรือเราอาจปฏิเสธการให้บริการ

ในกรณีส่วนใหญ่แล้ว คุณมีสิทธิ์ดูข้อมูลส่วนตัวของคุณ ที่สหพันธรัฐ หรือรัฐได้บันทึกไว้ คุณสามารถดูในแบบฟอร์มอื่น ๆ (เช่นการคัดสำเนาใหญ่) หากคุณต้องการ หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ DHCS Information Protection Unit ที่

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

กฎหมายแห่งรัฐให้สิทธิเราในการเก็บและรักษาข้อมูล CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. เราต้องให้ Privacy Statement ฉบับนี้ under CA Civil Code § 1798.17.