紐約州

發育障礙人士辦公室
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABLITIES)

www.opwdd.ny.gov

回覆：

日期：
姓名：
TABS ID：

尊敬的

上述當事人已獲準接受我們的護理。我們希望您能提供資訊以便我們確定或審核當事人所享之各類聯邦與州福利計劃之有效資格（社會安全、醫療補助 (Medicaid) 等）以及發展所提供服務的償付來源（保險、當事人之個人能力等）。

已被確認有資格接受 OPWDD 服務的當事人，以及希望接受醫療補助基金服務的當事人必須申請醫療補助以及所有其他可能有資格領取的福利。此外，尋求透過家庭與社區式服務豁免計劃 (HCBS Waiver) 資助的任何 OPWDD 服務的當事人必須完成並符合 HCBS Waiver 註冊資格。

請盡可能完整地填寫此表，並在兩週內交還至我們。請勿留白；在必要時以「否」、「無」、「未知」或「不適用 (NA)」標注。如空位不敷使用，可另紙作答。**請附上個人出生證明、社會安全卡、護照、結婚證書或離婚判決書（如有）之影印件，以及在表中列出的任何收入、資產及保險文件。** 如果您提供的是原始文件，我們將影印以作記錄，然後將原件退還給您。

如果此人滿足資格要求，我們將申請醫療補助。我們隨附醫療援助資格資產轉移效力解釋通知，以供您參考。

根據心理衛生法第 43.05 條規定，掌握發育障礙人士辦公室所服務之客戶資訊的任何人士或組織均需根據要求提供此類資訊。所提供的任何個人資訊需透過核對計劃接受州與聯邦機構的查驗，例如社會安全局。

如需協助或有任何問題，請透過上述電話號碼隨時與我聯絡。感謝您的合作。

_____
資源與償付代理人

保密聲明：根據紐約州心理衛生法第 33.13 與 33.16 條以及聯邦 HIPAA 隱私法則 (45CFR 164) 規定，
有關 OPWDD 客戶之臨床資訊與付款記錄爲保密內容，未經授權不得擅自使用或披露。

A. 確認當事人資訊

出生時全名	出生日期	社會安全號碼
出生地（城市，州）（請附上個人出生證明副本。）		是否爲美國退伍軍人？ ☐ 是 ☐ 否

婚姻狀態	配偶姓名	結婚/離婚日期與地點

美國 公民 ☐ 是 ☐ 否

如果否，請提供當事人的外國人登記號碼、入境日期以及入境港口。請附上當事人的外國人登記卡正反雙面副本，以及任何其他合法居留證明副本。

當事人是否有法院指定的監護人、替代或後備監護人、監督人或委員會？

☐ 是 ☐ 否 如果是，請提供姓名與地址。請附上法律文件副本。

B. 當事人收入資訊

當事人是否曾被雇用，或領取薪酬（包括工作坊薪酬）？☐ 是 ☐ 否

如果是，此人是否目前仍被雇用？☐ 是 ☐ 否

如果是，請填寫以下有關當前雇主及最近 3 個月內其他雇主之資訊。

雇主	地址

此人是否有任何收入來源？☐ 是 ☐ 否

如果是，請回答以下問題。

收入來源	收款人是誰？	索償編號	每月金額
社會安全			$
社會安全生活補助金 (SSI)			$
鐵路職工退休金			$
退伍軍人福利			$
子女撫養費（請附上法庭判決書副本）			$
其他，包括退休福利金、失業保險、信託基金利息、法庭裁定的補償金、國家疫苗傷害獎金、收養補助金、股息。請指出：			$

C. 當事人資產資訊

在過去 60 個月內，當事人是否出售、放棄或轉讓任何現金、房地產或其他資產？

☐ 是 ☐ 否

如果是，請提供詳情，包括資產類別、價值、資產接受人、交易日期以及資產出售金額。

當事人是否將任何資產置入其本人爲受益者的信託基金，或信託基金中是否存在任何支出？

☐ 是 ☐ 否

如果是，請附上信託文件之影印件或信託清單，包括資金來源、受託人姓名、信託地址、帳戶號碼以及信託價值。

C. 個人資產資訊（續）

當事人是否擁有銀行帳戶（儲蓄、支票等）或信用卡帳戶？☐ 是 ☐ 否
如果是，請提供以下資訊。（必要時請另附一頁。）

帳戶類型（儲蓄、支票、其他）	帳戶 1	帳戶 2
銀行名稱與地址		
帳戶號碼		
帳戶名稱		
接收銀行對帳單或持有存摺之人士姓名		

當事人是否擁有存款單、年金、401(k) 或其他退休帳戶？
☐ 是 ☐ 否 如果是，請附上明細表。

當事人是否持有任何現金？
☐ 是 ☐ 否 如果是，請填寫金額：
$

當事人是否擁有股票、債券或其他證券？
☐ 是 ☐ 否 如果是，請附上明細表。

當事人是否擁有房地產權益？
☐ 是 ☐ 否 如果是，請附上明細表。

當事人是否擁有喪葬基金？
☐ 是 ☐ 否 如果是，請附上明細表。

當事人是否擁有任何其他資產？
☐ 是 ☐ 否 如果是，請附上明細表。

當事人是否擁有事前殯葬契約、喪葬信託、墓地或其他土地葬區？
☐ 是 ☐ 否 如果是，請在下方指出并附上任何契約之影印件。

D. 當事人之未來收入或資產

當事人是否有望領取以下資產收入，或獲取/可能獲取利潤？
如對任一選項回答是，請在下方指出並附上明細表。

信託基金	☐ 是 ☐ 否	訴訟權益	☐ 是 ☐ 否
遺產	☐ 是 ☐ 否	其他	☐ 是 ☐ 否

E. 當事人人壽保險資訊

當事人是否擁有人壽保險？☐ 是 ☐ 否 如果是，請提供以下資訊：

保險公司名稱與地址

保單編號

面值
$

保單持有人姓名與地址

F. 當事人醫療保險資訊

當事人是否擁有醫療保險？ ☐ 是 ☐ 否	生效日期	索償編號
A 部份：醫院保險 ☐ 是 ☐ 否		
B 部份：醫療保險 ☐ 是 ☐ 否		
D 部份：處方藥計劃 ☐ 是 ☐ 否		
醫療保險優勢計劃 ☐ 是 ☐ 否 如果是，請在下方提供此計劃詳情		
醫療保險優勢計畫名稱、地址與電話號碼		

當事人是否享有健康保險？☐ 是 ☐ 否 如果是，請附上保險證明、保單、手冊或保險卡（正反面）副本並填寫以下資訊。

保險公司名稱與地址		
保單編號	企業編號	其他識別碼
承保有效日期	簽署人姓名	
如果是透過企業計劃投保，請提供企業 / 雇主名稱與地址		

G. 個人父母與配偶資訊

	父親	母親	配偶
出生時全名/婚前姓名			
出生日期			
出生地（城市，州）			
社會安全號碼			
美國公民	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
美國退伍軍人 如果是，提供：	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
序列號			
索償編號			
領取殘障/退休補貼	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
致殘/退休日期			
死亡日期與地點（如適用）			

H. 當事人財務代理人

是否有任何其他人士掌握當事人的財務資訊？☐ 是 ☐ 否
如果是，請在下方提供資訊或附上明細表。

姓名	地址與電話號碼	關係

就本人所知，以上所有資訊均準確無誤。

簽名	日期
與當事人關係	電話