

Medicaid 續保協助/免費口譯服務

本手冊將幫助您完成續保。內容包含英文版本和翻譯版本，您 *只需* 返還其中一個版本即可。如果您需要續保方面的協助，請撥打 HRA Medicaid 服務專線，電話為 1-888-692-6116，或聯絡本手冊第 4 頁的其中一項管理式醫療計畫 (Managed Care Plan)。有聽力障礙的使用者可以使用文字電話 (Text Telephone, TTY) 裝置（非標準電話）撥打 711 或 1-718-636-7783。

您可以透過電話或在任意 Medicaid 辦事處獲得口譯服務。

以下頁面特意留白

信件續保變更

如果您對於續保表格有任何疑問，同樣可以撥打 HRA Medicaid 服務專線 1-888-692-6116。您也可以聯絡隨附「Medicaid 續保申請表填寫指南」第 4 頁所列的其中一項管理式醫療計畫。

這是自動發給您的**唯一一份續保**申請表。在將其返還給我們之前，請您妥善保管。**我們必須在申請表上第 1 頁的印刷日期之前收到您的郵件回覆，否則您的保險可能會終止。**

您仍然可以在 Access NYC 網站預先篩選其他福利。您可以前往 <http://www1.nyc.gov> 並在位於頁面下方的選單中選擇「Social Services」（社會服務）以進行查看。此網站非常安全、有保障且易於使用。

備註：

- 您目前不需要遞交美國公民身分證明。除非續保表單要求這麼做，否則您也不需要寄送收入證明。
 - 如果您願意，您可以寄送前述一項或兩項資訊，以確保我們有您最準確的資訊。
 - 如果您決定目前不提供任何證明文件，我們之後可能會以書面方式向您提出要求。您可以查看本手冊第 5 頁和第 6 頁的「文件指南」，瞭解我們接受的證明文件類型。
- 如果您聲稱具有美國公民身分，我們將會使用電腦進行核實。如果核實不成功，我們將會以書面方式要求您提供證明文件。
- 我們也會嘗試使用電腦核實您的收入。如果核實結果與您自行申報的資訊有出入，核實結果將被用來判定您的資格。
 - 如果您決定目前不提供任何證明文件，我們之後可能會以書面方式向您提出要求。您可以查看本手冊第 5 頁和第 6 頁的「文件指南」，瞭解我們接受的證明文件類型。
- 如果您最近從紐約市搬到紐約州內的另一個郡，但尚未在現在居住的地方建立健康保險個案，則應填妥續保表單並寄給我們。我們會協助您移轉保險。

參與 MEDICAID 的管理式醫療計畫	電話號碼	目前服務區域				
		Bronx	Brooklyn	Manhattan	Queens	Staten Island
AFFINITY HEALTH PLAN	866-247-5678	●	●	●	●	●
EMBLEM HEALTH (前 GROUP HEALTH INSURANCE/HIP HEALTH PLAN OF GREATER NY-GHI/HIP)	800-447-8255	●	●	●	●	●
HEALTHFIRST PHSP, INC.	866-463-6743	●	●	●	●	●
HEALTHPLUS AN AMERIGROUP COMPANY	800-950-7679	●	●	●	●	●
METRO-PLUS (METROPOLITAN HEALTH PLUS)	800-303-9626	●	●	●	●	●
NY STATE CATHOLIC HEALTH PLAN/FIDELIS	888-343-3547	●	●	●	●	●
UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN (前 AMERCHOICE BY UNITED/ AMERCHOICE OF NY INC.)	800-493-4647	●	●	●	●	●
WELLCARE OF NY, INC.	800-308-2571 800-215-1531	●	●	●	●	

MEDICAID 續保地點	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	888-692-6116
---------------	-----------------------------------------	--------------

醫療保險續保文件指南

以下是醫療補助計畫接受的證明文件清單。請查閱本指南和續保通知手冊封面上的說明，確認您需要提供哪些文件才能為健康保險續保。

收入：

工資和薪資/雇傭

- 目前薪資單或薪資記錄
- 雇主提供的詳細書面明細表
- W-2 (僅限 MBI-WPD 客戶)
- 所得稅申報表
(僅限 MBI-WPD 客戶)

自雇

- 已簽署的報稅表
- 收入及支出記錄

工作收入

證明文件類型

- 如果薪水維持不變 -----> 最近一份薪資單影本或雇主的證明信件。
- 如果薪水在每次支付期間有所變化 -----> 最近 4 週的薪資記錄影本或來自雇主的證明信件。
- 如果您的薪資/收入的任何一部分是透過現金支付，且您的雇主不便提供書面證明 -> 請於續保手冊第 2 頁的「收入」部分底部的第一個問題處回答「是」
- 如果您是自雇人士 -----> 請提供最新的納稅申報表和當前收入的信件 (由您簽名) 的影本。如果收入有變化，請說明原因。
- 如果您在領取失業救濟金 -----> 請寄送紐約州勞工部 (NYS Department of Labor) 的失業保險核准發放信函或網路列印文件的影本：
<https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

失業救濟金

- 核准發放函/證明
- 福利聲明或列印文件
- 紐約州勞工部出具的信函

社會安全福利金

- 核准發放函/證明
- 福利支票
- 社會安全局出具的信函
(Social Security Administration)

軍職薪金

- 核准發放函
- 支票存根

子女撫養費/贍養費

- 提供扶養/撫養者發出的信函或法院信函
- 子女撫養費/贍養費支票存根

勞工賠償

- 核准發放函
- 支票存根

租金或膳宿收入

- 房客、寄膳房客、租戶之信函
- 支票存根

利息/股息/專利費

- 銀行或信用社來函
- 經紀人來函
- 代理人來函

退伍軍人福利

- 核准發放函
- 福利支票存根
- 退伍軍人管理局 (Veterans' Administration) 寄發的信函

私人養老金/年金

- 養老金/年金的明細表

醫療保險續保文件指南（續）

公民身分：（如果您宣稱是美國公民，您目前無需遞交證明文件。如果我們需要證明文件，您將收到要求提供文件的信函。）

- 美國護照
- 美國公民身分證明
- 入籍證明
- 美國出生證明和以下任一身分證明文件：(1) 包含照片的駕照或其他身分資訊，(2) 包含照片的學校身分證明卡，(3) 美國軍人卡或入伍記錄，(4) 由聯邦、州或者地方政府簽發的 ID 卡，卡上的資訊應與駕照上的資訊相同。

移民身分： 以下是由美國公民與移民服務局 (United States Citizenship & Immigration Services, USCIS) 簽發的文件

- I-551 美國永久居留證（綠卡）
- I-688B 或 I-766 就業授權卡
- I-94 出/入境記錄
- I-797（行動通知信）或與 USCIS、移民及海關執法局 (Immigration and Customs Enforcement, ICE) 或移民審查執行辦事處 (Executive Office for Immigration Review, EIOR) 之間往來的官方信函

托兒服務/受撫養人照護： 文件須包含您支付的金額和支付頻率

- 日間托兒中心或其他托兒/成人照護服務提供者的信函
- 用於證明照護服務付款的已註銷的支票或收據

懷孕：

- 醫師/醫療專業人員出具的載有預產期的聲明

私人健康保險： 文件須包含您支付的金額

- 保單
- 保險證明
- 保險卡
- 其他私人保險證明

除了證明您的公民身分或其他身分所需的文件外，我們接受其他所有文件的影本

條款、權利及責任

填寫並簽署本表格，即代表本人申請為 Medicaid 和/或 Family Planning Benefit 計畫 保險續期。

本人瞭解，本人須提供所需資訊，以證明本人符合各項計畫的資格。本人同意，一旦本表格中的資訊有任何變動，本人均將立即報告。若本人無法取得相關資訊，則會告知社會服務區。社會服務區或許能幫助本人取得資訊。

本人瞭解，本人家人或本人申請續期之計畫的員工可能會檢查本人在此表格中提供的資訊。執行這些計畫的機構會根據《美國法典》(United States Code, U.S.C.) 第 42 編第 1396a (a) (7) 條、《美國聯邦法規》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 編第 431.300 至 431.307 條以及任何聯邦及州立法律和法規對這些資訊保密。

本人瞭解，Medicaid 和/或 Family Planning Benefit 計畫保險並不會支付應由其他保險公司或他人支付的醫療費用，且在本人接受福利金的整個期間，本人全權委託該機構向配偶或未滿 21 歲者之家長要求和獲取醫療資助，也全權委託該機構向第三方要求和獲取第三方支付款。

本人會針對本人有權享有之健康或意外保險金或者其他任何資源申請理賠。本人瞭解，倘若使用健康保險可能對本人或本人須依法負責之對象的健康或安全構成損害，本人有權憑正當理由拒絕配合使用該健康保險。

本人瞭解，本人加入這類計畫之資格不受種族、膚色或國籍影響。本人亦瞭解，根據個別計畫的規定，本人的年齡、殘障狀況或公民身分可能會影響本人參與計畫的資格。

本人瞭解，如果本人的子女投保 Medicaid，則他/她可獲得綜合的初級與預防照護，Child/Teen Health 計畫提供的所有必要治療。

本人瞭解，凡為接受計畫服務而蓄意說謊或隱藏真相者，一律視同犯罪，除應接受聯邦及州之懲處外，亦須歸還已領取之福利金，並繳納民事罰金。紐約州稅收與財政部 (New York State Department of Tax and Finance) 有權審查此表單上的收入資訊。

公民/移民身分證明 本人在此依據偽證處罰條例保證，簽署本表格，即代表本人和/或本人代表簽名之任何人為美國公民或國民或者具有合格移民身分之公民或國民。「合格移民身分」一詞代表不會致使此人失去福利資格的移民身分。**重要資訊：**美國公民與移民服務局表示，投保 Medicaid 並不會影響個人申請綠卡、成為美國公民、資助家人或進行國內外旅遊的能力（但 Medicaid 支付療養院或精神病院等設施的長期護理費用的情況除外）。**本州不會向 USCIS 呈報本申請表中的任何資訊。**

社會安全號碼 所有申請人皆須提供社會安全號碼，或須提供能夠證明其已申請或嘗試申請過社會安全號碼的證據。唯有孕婦、無證移民和申請緊急醫療狀況治療的臨時非移民以及特定受暴移民例外。本人家庭中未申請福利金的成員無需提供社會安全號碼 (Social Security Number, SSN)。本人瞭解，這是依據 42 U.S.C. 1320b-7 (a) 聯邦法律和 42 CFR 435.910 Medicaid 規定的要求。無論是在紐約還是其他轄區，社會服務局 (Department of Social Services, DSS) 內部和 DSS 及聯邦、州與地方機構之間都會有許多情況需要用到 SSN。SSN 的用途包括：檢查身分；確認與核實勞動收入和非勞動收入；確認非監護家長能否為申請人獲取健康保險承保；確認申請人能否得到醫療資助；以及確認申請人能否得到金錢或其他方面的協助。中央政府 Medicaid 機構內部和機構之間也會使用 SSN 確定領用人的身分，以確保為領用人提供適當的服務。

醫療資訊披露 本人同意披露本人及本人能代表其給予同意之任何家庭成員的任何相關醫療資訊：由本人的初級護理提供者、其他任何醫療保健提供者或紐約州衛生署 (State Department of Health, SDOH) 向涉及照護本人及本人家人的健康計畫及任何醫療保健提供者披露，以便本人的健康計畫或本人的醫療保健提供者能夠進行治療、付款或醫療保健作業；由本人的健康計畫及任何醫療保健提供者向 SDOH 及任何獲得授權的聯邦、州及地方機構披露，以便進行 Medicaid 的管理工作；由本人的健康計畫向其他人或組織披露，以便本人的健康計畫進行治療、付款或醫療保健作業。本人還同意，在法律許可的範圍內披露的資訊可能包括與本人和本人家庭成員有關的 HIV、心理健康或酗酒及藥物濫用資訊。如果家庭中有多名成人參加 Medicaid 健康計畫，則每名提出申請的成人均須簽署同意書，方能披露資訊。

MEDICAID 管理式醫療 如果本人將家人新增到 Medicaid 個案且本人居住在要求 Medicaid 領取人加入健康計畫的郡，則本人瞭解除非此位家人得到豁免或被排除資格，否則其將投保和本人家庭相同的健康計畫。

披露教育記錄 本人授權地方社會服務局和紐約州取得本人子女教育記錄的任何資訊，以便申請健康相關教育服務的 Medicaid 報銷，並允許聯邦政府機構僅可出於稽核目的適度調閱該等資訊。

Early Intervention 計畫 如果本人的子女在接受紐約州 Early Intervention 計畫的評估或參與了該計畫，則本人授權地方社會服務局和紐約州向本人所在郡的 Early Intervention 計畫披露本人子女的 Medicaid 資格資訊，以供 Medicaid 開立帳單之用。本人同意將該資訊分享給為申請人提供服務的任何學校健康中心。

隱私權通知

此通知說明我們會如何使用及披露與您相關的醫療資訊，並會說明您可以如何存取此類資訊。請仔細閱讀通知內容。

New York Medicaid 計畫必須向您告知我們如何使用、分享與保護您的健康資訊。**New York Medicaid** 計畫包括常規 **Medicaid** 與 **Medicaid** 管理式醫療計畫。該計畫由紐約州衛生署與地方社會服務局負責管理。

您的健康資訊將被保密。

我們會對您的資訊保密，僅會視需要分享您的資訊，並且依據此通知的隱私權慣例行事。我們必須採取特殊措施保護接受 HIV/AIDS 或吸毒和酗酒服務之人士的姓名。

New York Medicaid 計畫需要哪些健康資訊？

您在申請 **Medicaid** 時，可能已向我們提供了關於您自身健康的資訊。當您的醫師、診所、醫院、管理式醫療計畫及其他醫療保健提供者要求付款時，我們也會取得關於您健康、治療及藥物的資訊。

New York Medicaid 計畫如何使用和分享您的健康資訊？

我們會在下列情況下分享您的健康資訊：

- 您或您的代表要求我們提供您的健康資訊。
- 政府機構依法（如稽核）要求我們提供資訊。
- 法律要求分享您的資訊。

在您的 **Medicaid** 申請中，您授權 **New York Medicaid** 計畫使用和分享您的健康資訊，以支付您的醫療保健費用並營運計畫。例如，我們會出於以下目的使用和分享您的資訊：

- 支付您的醫師、醫院及/或醫療保健提供者帳單。
- 確保您獲得優質的醫療保健，並且符合所有法規和法律的規定。

我們可能會出於以下目的審查您的健康資訊：

- 判定您是否獲得正確的醫療程序或醫療保健設備。
- 就您的健康福利的重要變更與您聯絡。

- 確保您已投保適當的健康計畫。
- 向其他保險公司收取款項。
- 確定您是否有資格投保 **Medicare D** 部分或其他對您來說更實惠的保險計畫。

另外，我們也可能在以下情況中使用和分享您的健康資訊：

- **醫療保健研究。**我們可能會檢視多名用戶的健康資訊，從而找出提供更優質的醫療保健的方法。
 - **依據聯邦法律和州法律的規定，為您或您所在社區預防或應對嚴重的健康或安全問題。**
- 對於在其他情況下使用和披露您的健康資訊，我們則需取得您的書面授權，此類情況包括：

- 心理治療筆記；
- 出於行銷目的使用及披露受保護健康資訊，其中包括與補貼治療相關的溝通；
- 構成出售您的受保護健康資訊的披露行為。

除非依據我方適用之法律的要求，否則我們必須取得您的書面許可，才能出於此通知未提及之目的使用或分享您的健康資訊。

您享有哪些權利？

您或您的代表有權：

- 取得此通知的紙本影本。
- 檢視或取得您的健康資訊的影本。如果您的要求遭拒，您有權審閱拒絕原因。
- 要求變更您的健康資訊。我們會檢視所有要求，但無法變更您的醫師、診所、醫院或其他醫療保健提供者寄來的帳單。
- 要求限制我們使用和分享您的資訊的方式。我們會檢視所有要求，但除非法律要求我們進行此類披露，否則我們不一定會同意您提出的要求。
- 要求我們透過不同方式（例如您可以要求我們將郵件寄送到不同地址）與您聯絡，以取得您的醫療保健資訊。
- 要求簽署特別表單，以允許我們將您的健康資訊分享給您所選擇的對象。只要我們尚未與他人分享資訊，您就能隨時撤銷許可。
- 取得已接收您健康資訊的對象清單。此清單不包含您或您代表要求提供的健康資訊、用於營運 **New York Medicaid** 計畫的資訊或者出於執法目的提供的資訊。
- 在任何不安全的受保護健康資訊洩露時獲得通知。

請造訪紐約市人力資源管理局 (New York City Human Resources Administration, HRA) 的網站以獲取此通知的電子版副本，網址：https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf。您也可以造訪紐約州衛生署的網站以獲取此通知的替代版本，網址：https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm。

***請注意，您不會因為提出投訴而受到任何懲罰。如果我們變更此通知的任何資訊，我們會將修訂版本張貼於下列網站：**

https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf

您是否有醫療或心理健康疾病或殘障問題？ 此問題是否讓您難以理解本通知或完成本通知所要求的事情？此問題是否導致您難以獲得 HRA 提供的其他服務？**我們可助您一臂之力。** 請撥打 888-692-6116 與我們聯絡。您也可以造訪 HRA 辦公室時尋求協助。根據法律規定，您有權尋求此類協助。