

续期说明 (Simplified Chinese)

- 第 1 步 回答续期表 (MAP-909e) 上的所有问题。如果说明要求必须提供证明, 请参阅本页底部和背面可用作证明的列表。
- 第 2 步 **续期通知表 (MAP-909e) 第 8 页的续期财务维护表**仅在您每月分担的住房费用超过每月总收入的 70% 时才需要。
- 第 3 步 如果您参加了管理式长期护理计划, 需要帮助填写续期表时可以联系他们。
- 第 4 步 如果您的配偶没有申请 Medicaid, 请填写并签署 MAP-3179a (E) 资源验证授权书 (法定配偶)。
- 第 5 步 请将填妥的**续期表**、MAP-3179a (E) 资源验证授权书 (法定配偶) 及相关证明使用随附的邮资已付信封邮回寄给我们。请在续期表 (MAP-909e) 第 1 页上印刷的日期之前回复。
温馨提示: 如果您已婚, **您和您的配偶必须在续期通知的第 7 页上签名。**
- 第 6 步 如果您没有我们的信封, 请将所有资料邮寄至:

MAIL RENEWAL PROGRAM
HRA/MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM
PO BOX 329060
BROOKLYN, NY 11232-9823

切记- 如未遵循这些说明, 您的 Medicaid 保险可能会终止。

如果您在续期表上注明的日期前邮寄文件, 您目前的福利可保持**不变**, 直至另行通知为止。

注意:

- 除非续期表要求这么做, 否则您无需递交收入和资源证明。我们将会把您上报的收入金额与可用计算机匹配项进行比对。如果计算机匹配结果与您提供给我们的信息不符, 那么在确定您的资格时将会采用计算机匹配结果。您可以递交收入和资源证明, 以确保我们获得正确的信息。如果您选择现在不递交, 以后我们可能会要求您提供收入和/或资源证明。本页背面的表格显示了可以用作证明的资料。
- 如果您最近刚从纽约市搬至纽约州的另一个县, 但尚未在现在居住的地方建立 Medicaid 个案, 您应填写续期表 (MAP-909e) 并寄给我们。我们将协助您转移保险。

收入和资源证明：所有的收入和资源证明必须当前有效。请勿递交原件 – 仅需复印件。

收入：常见的收入类型和合适的收入证明包括：

收入类型	证明文件	收入类型	证明文件
来自雇主的劳动收入	最新的工资单/工资条（连续四 [4] 周）或雇主来函	工伤赔偿金	发放函或支票存根
自雇收入	最新签署的收入纳税申报单以及所有附表或收支记录	退伍军人福利	退伍军人管理局 (Veterans Administration) 的发放函、福利支票存根或往来函件
租金/住宿-寄宿收入	住宿者、寄宿者、承租人的信函或支票存根	军人薪金	发放函或支票存根
基于就业的病假工资/伤残收入	收入来源的发放函/证明、福利支票存根或函件	利息/股息/版税	银行、信用社或金融机构的最新对帐单，经纪人的函件，代理人的函件，或者 1099 或纳税申报单（如果没有其他文件）
失业救济金	NYS 劳工署 (Department of Labor) 的发放函/证明、每月福利报表、函件，NYS 劳工署网站 (www.labor.state.ny.us) 上领用人帐户信息的打印件，或直接支付卡副本（包括打印件）的副本	其他家庭成员的支持	家庭成员签名的报表或函件
私人养老金/年金	养老金/年金报表	信托收入	信托文件
社会安全金	社会安全局 (Social Security Administration) 的发放函/证明、年度福利报表或函件	子女抚养费/赡养费	抚养费提供者的函件、法庭的函件、子女抚养费/赡养费支票存根、NY Eppicard 复印件（包括打印件）、 www.newyorkchildsupport.com 上的子女抚养费帐户信息复印件，或者显示直接存款的银行对帐单复印件

就业：如果您参加了 Medicaid 残障就业人员购入计划 (Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities, MBI-WPD)，您需要提供您的就业证明。您可以向我们递交以下文件之一：

雇主的详细书面声明	W-2 表
最新的工资单/工资条	所得税申报表

资源：资源包括手头的现金、储蓄和支票帐户、定期存单、股票、债券、信托基金、401K、共同基金、企业所有权、您或家庭成员拥有的财产等。

可接受的资源证明包括：

金融机构出具的对帐单/帐单	房地产估价/评估文件
保单/证明复印件	本票复印件

MEDICARE C 部分 (Medicare Advantage 计划) /私人健康保险：如果您通过 Medicare Advantage 计划获得 Medicare 保险，您可能有权利从收入中扣减保费（此收入用于确定您的资格/持续资格）。由于计划的保费不同，因此您必须提供费用的证明。

如果您向雇主、工会或第三方保险公司支付健康保险保费，此收入扣减可能也适用于您。

您可以向我们递交以下文件之一：

已支付的发票	付讫支票或汇票
显示付款的银行对帐单复印件	保险公司确认收到保险费（和金额）的函件
显示从工资中扣除健康保险费用/分担费用的工资条单	

您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题？ 此问题是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求的事情？此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务？**我们可助您一臂之力。** 请致电 888-692-6116 与我们联系。您也可以在造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权寻求此类帮助。

使用文本电话 (TTY) 设备的听力障碍客户可以致电
718-636-7783 联系我们或致电 711