

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUALS (QI-1) APPLICATION
(合格的 MEDICARE 受益人 (QMB)、特定低收入 MEDICARE 受益人 (SLMB) 以及合格個人 (QI-1) 申請)

姓名	Social Security 號	Medicare 編號	日期
電話號碼 ()	出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 喪偶
地址 (門牌號, 街道)	城市	州	郵編

COUNTY USE

本資訊有助於您申請 QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB) (合格的 MEDICARE 受益人)、SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB) (特定低收入 MEDICARE 受益人)、或 QUALIFYING INDIVIDUALS (QI-1) (合格個人-1) 計劃。您的州將為有資格享受 QMB 計劃的人支付 Medicare Parts A 和 B 的保費、抵扣額和共同保險費。您的州將為有資格享受 SLMB 或 QI-1 的人支付 Medicare Part B 的保費。您可以通過填寫本表並將本表寄給您所在縣的社會服務機構申請 QMB、SLMB、或 QI-1。

為了有資格享受 QMB、SLMB 或 QI-1，您必須

- 有資格享受 Medicare Part A (醫院保險)。
- 有資格享受 Medicare Part B (醫療保險)。
- 滿足下列收入要求
 - QMB:** 可計淨收入在或低於 Federal Poverty Level (FPL) 的 100% 的水準 (即個人收入低於 \$973，或夫妻共同收入低於 \$1,311*)。
 - SLMB:** 可計淨收入低於 FPL 的 120% 的水準 (即個人收入低於 \$1,167*，或夫妻共同收入低於 \$1,573*)。
 - QI-1:** 可計淨收入低於 FPL 的 135% 的水準 (即個人收入低於 \$1,313*，或夫妻共同收入低於 \$1,770*)。

*如果您有一個孩子跟您住在一起，這些數額可能會高一些。這些數額每年 4 月估計都會提高。如果您 1 月得到了 Title II Social Security 生活水準調整額，這一數額要到了 4 月才會被計算入內。

- 個人擁有的非豁免財產額不超過 \$7,160 或夫妻共同擁有的非豁免財產額不超過 \$10,750。
- 滿足某些要求和條件，比如是 California 居民。

切記

除了 QMB 和 SLMB 計劃以外，您可能還有資格享受其他的 Medi-Cal 計劃，比如食物券和/或有月費 (成本分攤費) 的 Medi-Cal。如果您的收入 超過 了 QMB、SLMB 和 QI-1 計劃的收入上限，您也許也有資格享受有月成本分攤額的 Medi-Cal。該承保福利將包括支付 Medicare Part B 的保費。如果您希望申請其他的這些計劃，請勾選「是」，您的縣將寄給您其他表格供您填寫。 是 否

您想申請追溯期為三個月的 SLMB 和 QI-1 計劃承保福利 (QMB 沒有追溯承保福利) 嗎？ 是 否

列出所有住在您家裡的人 (配偶/孩子)。 如果跟您同住的人達三個以上，您可以把他們寫在另一張紙上。

姓名	Social Security 號	性別 M=男 F=女	出生日	與您的關係

**將填妥的表格寄給您的縣社會服務機構。
(地址在本表的背面)**

A. 可計收入

COUNTY USE

1. 填寫 QMB/SLMB/QI-1 申請人每月收到的非勞動收入額：

- a. Social Security 支票 \$ _____
- b. VA 福利金 \$ _____
- c. 銀行存款或定期帳戶利息 \$ _____
- d. 退休收入 \$ _____
- e. 其他任何非勞動收入 \$ _____
- f. Total (總計) 非勞動收入 - 將 a. 到 e. 欄的金額相加 \$ _____

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

Spouse's unearned income (line l) + _____

2. 如果您已婚並與您的配偶住在一起，請填寫您的配偶每月收到的非勞動收入額：

- g. Social Security 支票 \$ _____
- h. VA 福利金 \$ _____
- i. 銀行存款或定期帳戶利息 \$ _____
- j. 其他任何非勞動收入 \$ _____
- k. 退休收入 \$ _____
- l. Total (總計) 配偶的非勞動收入 - 將 g. 到 k. 欄的金額相加 \$ _____

Any Income deduction - _____

Net unearned income _____

Net earned income (line r) + _____

3. QMB/SLMB/QI-1 申請人和配偶每月收到的非勞動收入額：

- m. 想成爲 QMB、SLMB 或 QI-1 受益人的個人毛收入 \$ _____
- n. 配偶的毛收入 \$ _____
- o. Total (總計) - 將 m. 和 n. 欄的金額相加 \$ _____
- p. 減 \$65 \$ _____
- q. 剩餘 \$ _____
- r. 除以 2 \$ _____

Total net income _____

MFBU size _____

Compare to QMB/SLMB/QI-1/QI-2 income limit.

4. 總收入

- 將 f. 欄, l. 和 r. 欄的金額相加 \$ _____
- s. 減 \$20 (任何收入減扣額) \$ _____

If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI-1 form.

5. 可計收入總額

\$ _____

6. 可能有資格享受 QMB、SLMB 或 QI-1 的人：

- 如果您的收入在或低於 FPL 的 100% 的水準（即個人收入是或低於 \$973*，或夫妻共同收入是或低於 \$1,311*），您可能有資格成爲 QMB 受益人。
- 如果您的收入低於 FPL 的 120% 的水準（即個人收入低於 \$1,167*，或夫妻共同收入低於 \$1,573*），您可能有資格成爲 SLMB 受益人。
- 如果您的收入低於 FPL 的 135% 的水準（即個人收入低於 \$1,313*，或夫妻共同收入低於 \$1,770*），您可能有資格成爲 QI-1 受益人。

*如果您有一個孩子跟您住在一起，這些數額可能會高一些。

B. 財產

一位未婚或不與其配偶同住的 QMB、SLMB 或 QI-1 受益人所擁有的可計財產額可等於或低於 \$7,160。一位已婚並與其配偶同住的 QMB、SLMB 或 QI-1 受益人所擁有的可計財產額必須只能等於或低於 \$10,750。

下面舉例說明可計財產。**切記：**您和/或配偶居住的住宅不算。用於交通的一輛車**不算**。如果您在您縣的福利部門申請成為 QMB、SLMB 或 QI-1 受益人，您的縣對財產的界定可能跟本表列出的有所不同。您縣的福利部門也將看其他財產類別，比如定期存款。這類其他財產**可能或可能不被**計算入財產上限。

填寫下述屬於您、您的配偶或您和您配偶兩人的財產價值。

- 1. 支票帳戶 \$ _____
 - 2. 存款帳戶 \$ _____
 - 3. 定期帳戶 \$ _____
 - 4. 股票 \$ _____
 - 5. 債券 \$ _____
 - 6. 第二輛車（車價減去欠款） \$ _____
 - 7. 第二個住宅（房價減去欠款） \$ _____
 - 8. 如果**所有**的保險單票面總計價值超過 \$1,500，列出人壽保險單退保金額（切勿包括「定期」保險單） \$ _____
 - 9. 總計財產- 將 1 到 8 欄的金額相加 **\$ _____
- **個人的總計額不能超過 \$7,160，或者夫妻的總計額不能超過 \$10,750。

COUNTY USE

補充資訊：SLMB 和 QI-1 計劃或許可以讓您有資格享受**追溯期達三個月**的 Medicare Part B 保費承保福利。

注意：加入傳統 Medi-Cal（但不是 QMB/SLMB/QI-1 計劃）的個人，可能會受限於「財產回收」（Estate Recovery）規定。所在州可能有權收繳個人在 55 歲後得到的 Medi-Cal 福利的費用。如果 Medi-Cal 受益人逝世並沒有未亡配偶、未成年孩子、或完全殘障或眼盲的兒子或女兒，州將通過該受益人的遺產或從遺產分配受益人/遺產繼承人那兒收繳有關費用。**然而，**加入到 QMB/SLMB/QI-1 計劃（同時有 Medi-Cal 或沒有 Medi-Cal）的個人（同時有 Medi-Cal 或沒有 Medi-Cal）則不受限於 Medicare 保費、抵扣額或共付額的「財產回收」規定。

我謹此聲明表上所提供資訊都是真實、正確和完整的，否則願意接受美國和 State of California 就作偽證法律施加的懲罰。	
申請人簽名(或記號) ➤	日期
County Use	
<input type="checkbox"/> QMB approved	<input type="checkbox"/> SLMB approved
<input type="checkbox"/> QI-1 approved	<input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-1-denied
Eligibility Worker's signature ➤	Date

隱私保護聲明

依據 Welfare and Institutions Code 14100.2，本申請表上提供的資訊是隱私，並予以保密。這些資訊的披露僅僅會在遵循有關法律規定下才會進行。

Welfare and Institutions Code 的 14011 節和 14012 節允許縣福利部門從您或您代表的人那兒得到有關事實，以便您能得到 Medi-Cal 福利。您必須提供這些事實以便讓 Medi-Cal 支付您 Medicare 的一些或所有費用。按照 Social Security Act, Section 1137(a)(1) 及 Welfare and Institutions code, Section 14011.2，您必須提供您的 Social Security 號。