

Uninsured Care Programs 申请表和说明

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
AIDS Institute
Uninsured Care Programs
Empire Station, P.O. Box 2052
Albany, NY 12220
1-800-542-2437 或 1-844-682-4058

药物 (ADAP)
ADAP Plus (初级护理)
家庭护理计划
ADAP Plus 保险延续 (APIC)
暴露前预防用药援助计划 (PrEP-AP)

一般信息

NYS Department of Health AIDS Institute (AIDS 研究所) 提供五项计划, 旨在帮助无医疗保险或医疗保险保额不足的 New York State 居民获得医疗护理 (ADAP、初级护理、家庭护理、APIC 和 PrEP-AP)。这些计划使用相同的申请表和登记流程, 家庭护理和 APIC 需要申请人填写其他表格。

ADAP 为 HIV/AIDS 和机会性感染的治疗支付药物费用。ADAP 能够为无医疗保险、有部分保险、需支付 Medicaid 自付金额/剩余额或参加 Medicare Part D 的人士提供帮助。

ADAP Plus (初级护理) 为通过参与诊所、医院、实验室提供者和私人医疗从业者获得的门诊初级护理服务支付费用。

家庭护理计划 为长期依赖医疗护理的个人根据医生指示获得的家庭护理服务支付费用。该计划涵盖通过注册家庭医疗保健机构获得的服务。

ADAP Plus 保险延续 (APIC) 为合格参与者支付符合成本效益的医疗保险费。

暴露前预防用药援助计划 (PrEP-AP) 针对成功使用 PrEP 预防 HIV 感染所需的护理和检测为合格参与者获得的门诊服务支付费用。

Uninsured Care Programs 保密声明

根据 New York State 法律, 向 Uninsured Care Programs 提供的 HIV 相关信息将受到严格保密。此类信息 (即您是参与者) 可以提供给适当管理计划所需的各方。所述各方是计划需要与之讨论您的申请和/或参与的个人和组织, 以便确定资格、支付计划承保的服务或药物费用或者适当说明花费的资金。计划工作人员了解参与者对保密和隐私的需求, 并且只会在对管理计划绝对必要时讨论个人信息。

为了让您了解相关保密问题和参与计划的条件, 我们提供了以下示例:

- 未经您直接同意, 计划**不会**联系您的雇主、房东、家人、朋友、邻居或其他任何人; 无论是否与您申请或参与计划直接相关。
- 计划可能会联系您的医生或医疗服务提供者, 以获取更多信息或说明医疗资格表中要求提供的信息。
- 计划将向药房或医疗服务提供者核实, 当您向其出示有您姓名和身份证号码的计划卡时, 您已登记并支付承保的服务或药物费用。
- 根据登记参加计划的需要, 计划将与经授权的假释或惩教工作人员讨论服刑个人的申请。

您可以通过书面方式向计划告知计划工作人员无法联系您获取信息时, 您希望的计划联系人员 (即帮助您申请计划的社工或者可信的朋友或家庭成员)。

Uninsured Care Programs 是排在最后的支付方, 并将联系您的医疗保险公司或其他第三方支付方, 他们可为 ADAP 报销根据计划向您提供的药物费用。这是 ADAP 追回款项的必要措施, 这些款项会用于扩大计划惠及范围, 以涵盖新的药物/服务和更多人。

这些条件自您申请计划之日开始有效, 直到您退出计划为止, 包括完成计划提供的药物和服务的任何第三方报销程序所需的时间。您可以随时通过书面方式退出计划。

您可以在这里找到计划隐私声明的副本:

<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

如有疑问, 请致电 1-800-542-2437 或 1-844-682-4058。

向计划提供的信息将受到严格保密。

申请说明

资格的确定基于申请者的财务和医疗需求。除了填写完整的申请表，还需要居住和收入证明文件。必须由您的临床医生提交单独的医疗申请表。

获得批准后，您将取得资格卡以及关于如何使用的说明。您必须在参与计划的药房出示此卡和处方，方可免费获得承保药物。请向参与计划的医疗服务提供者出示您的卡片，以便免费获得承保的医疗服务。如有需要，您将通过注册家庭医疗保健机构免费获得家庭护理服务（终身福利最高 \$30,000）。

A. 申请人信息

姓名

请列出您的全名、社会安全号码和出生日期。如果您有其他曾用名，请在提供的空白处填写，并向我们告知您要在卡上印制的姓名。请确保您要在卡上印制的姓名与您的临床医生在处方上填写的姓名一致。

地址

您必须提供 New York State 居住证明。您可以通过以下任一文件的副本（显示您的姓名和地址）证明您的居住情况。如果您有用于接收邮件的邮政信箱，则必须提供说明您实际地址的信息，以证明您在 New York State 的居住情况。

- 有您姓名和地址的工资单或银行对账单（过去 90 天内）
- Medicaid 出具的当前决定通知书
- 燃料/公用事业账单（过去 90 天内）
- 电话账单（过去 90 天内）
- 租赁收据（过去 90 天内）

如果您与其他人同住，并且您的名下没有这些项目，则需要同住者的居住证明和一封说明您与之同住的信函。

性别/种族/族裔/语言

请勾选您的性别、种族、族裔和语言偏好。

B. 医疗保险

计划可以为有其他医疗保险并且难以支付免赔额、共付额、Medicaid 自付金额/剩余额或其他自付费用的人士提供帮助。请提供所有其他医疗保险卡正反两面的副本。

Medicaid

请说明您的 Medicaid 状况或您是否已申请 Medicaid。如果您需支付 Medicaid 自付金额/剩余额，请在提供的空白处填写金额。

Medicare

请说明您是否参加 Medicare，如果已参加，请注明您参加的是 Part A、Part B、Part C 还是 Part D。

医疗保险

请务必回答所有与医疗保险相关的问题。如果您难以支付医疗保险费，请致电 **1-800-542-2437** 或 **1-844-682-4058** 或填写 APIC 申请表（表格编号 DOH-2794c），获取表格的网址为：

<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

C. 申请人和家庭成员的收入

生活情况

请勾选描述您生活情况的方框。

家庭成员

列出所有家庭成员。对您或为您负有法律责任的任何人均视为家庭成员。这包括配偶和未满 21 周岁的任何子女，如果您未满 21 周岁，则包括父母和兄弟姐妹。

财务资格

财务资格基于联邦贫困线 (FPL) 的 500%。FPL 因家庭规模而异，并且每年更新。财务资格的计算基于家庭可用的总收入，不包括申请人支付的 Medicare 和 Social Security 扣缴金额以及医疗保险费用。

收入来源

请列出您和所有家庭成员的收入来源。这仅是您与之间存在法律责任关系的家庭成员的收入（例如配偶或子女，但不包括叔伯（或舅父）、堂（表）兄弟姐妹或室友）。对于每种收入来源，请注明总金额（税前）、获得收入的频率以及是您的收入还是家庭成员的收入。如果您的任何家庭成员没有收入，请在收入部分注明。您必须提供收入证明。请为列出的每种收入来源提供完整的收入证明文件。收入来源类型包括：工资/薪水（全职或兼职）、自主创业、失业金、工伤赔偿、公共援助、SSI（补充保障收入）、SSD（Social Security 残障补贴）、Social Security 退休金、养老金、退伍军人福利、赡养费/子女抚养费、利息/股息/版税、出租房、其他（请注明）、无收入和靠储蓄生活。

对于工薪族

应提供过去 30 天的工资单副本来证明收入情况。工资单必须显示年初至今的收入、工作小时数、所有扣除项以及工资单涵盖的日期。如果您无法取得工资单，请向我们发送一封您的雇主出具的信函（说明您的年总收入）以及您最新所得税申报表的副本。（该信函不需要注明收件人为本计划，注明“致有关人士”即可）。

自主创业个人/租金收入

请提供您的最新所得税申报表和预计当前年收入报表。

所有其他收入

当前 Social Security 残障补贴/补充保障收入批准函或支票的副本、失业金支票、养老金支票等，必须作为其他类型收入的证明一并发送。

无收入

如果您没有收入，并且由朋友或家庭成员资助，请提供该朋友或家庭成员出具的信函，说明其资助方式。

靠储蓄生活

请发送您的储蓄账户对账单的副本。

E. 备用联系人

为方便计划工作人员与您指定的联系人讨论您的申请，您必须在此列出此等联系人。请阅读保密声明，其中介绍了我们可能就您的申请和注册联系的人员。

F. 确认声明和签名

请仔细阅读确认声明，然后在申请表上签名并注明日期。我们无法处理未签名的申请表。请复印申请表和所有文件以作记录。

问题或疑问

如果您填写申请表有困难，或者对 Uninsured Care Programs 或任何所需文件有疑问，请拨打免费电话：**1-800-542-2437** 或 **1-844-682-4058** 或查看“常见问题解答”文件，网址为：

<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

Uninsured Care Programs 申请表

此申请表用于确定 AIDS 药品援助计划 (ADAP)、ADAP Plus (初级护理)、HIV 家庭护理、ADAP Plus 保险延续 (APIC) 和暴露前预防用药援助计划 (PrEP-AP) 的资格。家庭护理和 ADAP Plus 保险延续需要其他文件。如您对计划或填写此申请表有任何疑问, 请拨打我们的保密热线: **1-800-542-2437** 或 **1-844-682-4058**。

请以正楷清晰完整地填写此申请表。

A. 申请人信息

姓氏 _____ 名字 _____ 中间名 _____

其他曾用名 _____

出生日期 (月/日/年) _____ 社会安全号码 _____

地址 您必须提供居住证明。

街道 _____ 公寓号 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

计划信息是否可以邮寄到上述地址? 是 否 如选择“否”, 请附上备用地址和说明。

电话

主要联系电话(_____) _____ 备用联系电话(_____) _____

我们是否可以留言? 是 否

性别 请选择所有适用项: 女性 男性 跨性别 非二元性别

种族 白人 黑人/非洲裔美国人 美洲原住民/阿拉斯加原住民

亚裔: 亚裔印度人 中国人 菲律宾人 日本人 朝鲜人 越南人 其他亚裔

夏威夷原住民/太平洋岛民: 夏威夷原住民 关岛人或查莫罗人 萨摩亚人 其他太平洋岛民

多个种族 其他 _____

族裔 非西班牙裔

西班牙裔/拉丁裔: 墨西哥人、墨西哥裔美国人、齐卡诺人 波多黎各人 古巴人 其他西班牙裔/拉丁裔或西班牙祖籍

语言偏好 英语 西班牙语 其他 _____

您是否需要语言协助服务? 是 否

婚姻状况 单身 已婚且与配偶同居 已婚但与配偶分居

B. 医疗保险

您是否有其他医疗保险? (私人保单、HMO、工会、退休保险、Medicare 或其他健康计划) 是 否

如果您投保了 Medicare, 是什么类型? Part A: 住院治疗 Part B: 初级护理 Part C: Medicare Advantage 计划
 Part D: 处方药

您是否支付医疗保险费? 是 否

如果您有医疗保险, 请发送保险卡的正反面副本。

请致电 1-800-542-2437 或 1-844-682-4058 联系计划, 以了解如何获得支付医疗保险费用方面的帮助。

Medicaid

如果您投保了有自付金额的 Medicaid, 请输入自付金额 \$ _____

如果您的 Medicaid 被拒绝, 请说明原因 _____

C. 申请人和家庭成员的收入 您必须提供收入证明。

独居 与他人同住 无家可归/庇护所 惩教释放

请分别列出申请人和所有家庭成员的收入来源。

家庭成员姓名*	出生日期	关系 本人
收入来源	总金额	频率 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年
家庭成员姓名*	出生日期	关系
收入来源	总金额	频率 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年
家庭成员姓名*	出生日期	关系
收入来源	总金额	频率 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年
家庭成员姓名*	出生日期	关系
收入来源	总金额	频率 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年

*如果您希望我们与任何列出的家庭成员交谈，请在 D 部分中添加其姓名作为备用联系人。

D. 备用联系人

在此申请表上签名即表示本人授权 Uninsured Care Programs 与以下人员讨论本人的申请（即社工、个案管理人员、家庭成员）：

姓名	组织	关系	电话号码
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____

E. 确认声明和签名

本人保证此申请表中提供的所有信息均真实准确，并且本人为 New York State 居民。本人了解以下内容：

提供这些信息与收到 State of New York 发放的联邦资金有关。计划行政人员将核实此表提供的信息。计划行政人员可能会定期核实本人的 Medicaid 状况并根据需要向 Medicaid 收取费用。

如果本人故意歪曲此申请表中的信息，本人可能需要退还向本人提供的福利，并且本人可能会根据适用的州和联邦法令遭到起诉。

本人特此申请 Uninsured Care Programs 规定的福利，并且同意 Uninsured Care Programs 根据需要使用和披露本人的信息，以用于治疗本人、支付医疗服务费用和医疗保险费以及实现计划的医疗运营。

申请人签名（或未成年申请人的法定监护人签名）

日期

请保留此表副本以作记录，并将表格原件 and 所有文件邮寄至：
UNINSURED CARE PROGRAMS, EMPIRE STATION, P.O. BOX 2052, ALBANY, NY 12220-0052