



MassHealth 會員家庭護理計劃 (HCP) 申請表

申請人		出生日期
配偶		出生日期
地址		城鎮
MassHealth 會員卡號 _____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-		序號
MassHealth RID 號碼 _____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-	配偶豁免 ? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	自付金 (Spenddown) ? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

簽名：

申請人： _____ 日期： _____

配偶： _____ 日期： _____

證人/代理人： _____ 日期： _____

個案經理/註冊護士： _____ 日期： _____

決定日期： _____ 通知日期： _____

由 ASAP 填寫 (FOR ASAP USE)

		<u>Applicant</u>	<u>Spouse</u>
1. Eligibility	AGE:	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible
	FIL:	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible
	NEED:	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible

2. Annual Redeterminations

Dates:

Signatures:
