



Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Executive Office of Elder Affairs

Mẫu Đơn Xin Tham Gia Chương Trình Chăm Sóc Tại Gia (HCP) Dành Cho Các Hội Viên Của Chương Trình Masshealth

Đương đơn	Tháng/ngày/năm sinh	
Người phối ngẫu	Tháng/ngày/năm sinh	
Địa chỉ	Thành Phố/Thị Trấn	
Số thẻ MassHealth ____ - ____ - ____	Số Thứ Tự	
Số RID của MassHealth ____ - ____ - ____	Miễn trừ cho người phối ngẫu? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Số Tiền Phải Tiêu (Spenddown)? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>

Các chữ ký:

Đương đơn: _____ Ngày: _____

Người phối ngẫu: _____ Ngày: _____

Người làm chứng/Người đại diện: _____ Ngày: _____

CM/RN(Quản lý viên hồ sơ/Y tá): _____ Ngày: _____

Ngày Quyết Định: _____ Ngày Thông Báo: _____

CHỈ DÀNH CHO ASAP SỬ DỤNG (FOR ASAP)

		<u>Applicant</u>	<u>Spouse</u>
1. Eligibility	AGE:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
	FIL:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
	NEED:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
2. Annual Redeterminations			
Dates:		Signatures:	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	