



DBDFXNUNG BGPFBJNAD AEAGSYZKE  
49 Dtwo St  
Smithfield, RI 02828

如何联系我们

上网: <https://healthyrhode.ri.gov>

有关可负担医疗保险或社会服务计划的问题, 请致电  
公众服务厅 (Department of Human Services, DHS):  
1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

罗德岛州

**MEDICAID 长期服务和支持续期**

(Katie Beckett 资格、老年人和残障成人居家和社区服务、护理机构、BHDDH 和 PACE)

查看我们有关您的存档信息

下列人员将自动续期 Medicaid

计划名称	姓名	续期当前福利的日期
Medicaid	██████████	07/01/2023

我的 Medicaid 健康保险将如何续期?

本表格包含我们用来决定您是否符合资格的您的家庭信息。请查看整个表格, 确保信息仍然正确。

- **如果没有变化, 您无需采取行动:** 如果此表格上的所有信息仍然正确, 您的 Medicaid 健康保险将自动续期一年。我们将再给您发一封信, 让您知道您的 Medicaid 健康保险在续期日期之前将继续有效。
- **如果有变化, 请报告:** 如果您要报告任何变化, 请填写并返回此表格以报告变化。我们将审查您提供给我们信息, 并决定您是否有资格续期 Medicaid 健康保险。我们将再给您发一封信, 让您知道我们的决定, 或者我们是否需要在续期前提供更多信息。
- **如果您被要求提供额外的文件或您报告了变化,** 我们将审查您提供给我们信息, 并决定您是否有资格续期 Medicaid 健康保险。我们将再给您发一封信, 让您知道我们的决定, 或者我们是否需要在续期前提供更多信息。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



## 我需要报告哪些变化？

- **收入：**我们需要了解 LTSS 受益人在确定每月必须支付的护理费用时考虑的任何配偶或受抚养人的收入发生任何变化。如果续期对象是符合 **Katie Beckett** 资格的子女，我们只需了解该子女的收入情况。护理费用无需缴费。
- **资源：**我们还需要了解 LTSS 受益人的资源是否增加，以及/或者受益人完全拥有或共同拥有的任何资源是否已出售或转让给他人。
- **地址和居住安排：**告诉我们 LTSS 受益人是否已经搬迁或更改了地址，是否进入或离开了辅助生活住所、疗养院或集体住宅，或者是否处于新的或不同的共享生活安排中。
- **业主有意返回主要住所：**仅适用于养老机构居民：如果您拥有一套房子作为您的主要住所，我们认为您打算在未来适当的时候返回该住所居住。如果您的所有权或返回该住所的意图发生变化，请更新下面的第 5 部分。
- **家庭和住家情况：**我们需要了解受益人的家庭是否发生了变化，例如，LTSS 受益人的配偶或受抚养人是否死亡、离婚、与他人结婚，或搬入、搬出或出售了未计入资源的房屋。符合 **Katie Beckett** 资格的子女在续期时无需提供此信息。
- **移民身份：**如果非公民 LTSS 受益人和/或担保人的移民身份自初次申请或上次续期之日起发生变化，您必须告知我们。

## 如何报告变化情况并续期我的 Medicaid 保险？

有几种方法可以报告变更情况。请仔细阅读以下说明。

- **邮寄：**如果您选择通过邮寄回复，请将变化的信息写在本通知的“Updated Information（更新信息）”栏中。如果没有预先打印的信息，并且您要返回此表格，请在方框中填写“CURRENT INFORMATION（当前信息）”。请务必在表格上签名并注明日期。表格可以邮寄到本通知顶部的地址。**Katie Beckett** 符合资格的子女应将表格发送至 DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **送至 DHS 办公室：**如果您选择将表格交给 DHS 办公室，请按照上面列出的邮寄说明进行操作。有关办公室地点，请访问 [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) 或致电 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)。
- **在线：**您也可以登录 <https://healthyrhode.ri.gov> 进入您的“User Account”（用户账户）进行更改。

## 在线查看您的账户

您可以通过在 <https://healthyrhode.ri.gov> 登录您的账户来获取您的福利信息。

您可以通过使用用户名 XXXXXXXXXX 访问您的账户。如果您不记得密码，可访问 <https://healthyrhode.ri.gov>，点击“LOG IN”（登录），然后点击“Forgot Username/Password?”（忘记用户名/密码？）找回密码。通过您的账户，您可以申请和续期福利并报告变化。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



**LTSS 续期表格**

**说明:** 请仔细阅读此表, 并写入已更改的受益人信息。如果您要报告任何变化, 请务必返回完整的续期表格, 包括此页。

受益人联系方式

	当前信息	更新信息
主要联系人及与受益人的关系	██████████	
邮寄地址	██████████ FL 34747	
	当前信息	更新信息
LTSS 受益人现居住地址	██████████ FL 34747	
	当前信息	更新信息
电话号码	██████████	
电子邮箱		
授权代表姓名	当前信息	更新信息
	██████████	

**1. 收入:**

自受益人首次申请或上次续期以来, 收入是否有任何变化? 我们需要了解受益人收入的任何变化。我们还需要知道在确定成年 LTSS 受益人必须支付的护理费用金额时必须考虑的任何配偶和受抚养人的姓名和收入。

如果方框为空白, 请提供所需的信息。

如果方框是预印的, 请划掉错误信息, 并在下面的空行中提供正确信息。添加任何新受抚养人的姓名和收入。

将新的或更正后的收入金额证明与本表格一起寄出。

**注:** 对于符合 **Katie Beckett** 资格的子女, 请仅填写该子女的收入。

如果不需要报告收入变化, 请打勾

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



姓名	社会安全号码 (SSN)	出生日期	与 LTSS 受益人的关系	收入/类型
██████████	XXX-XX-██████████	██████████	Self	\$ 582.56/ Employment

**2. 资源**

自 LTSS 受益人首次申请或上次续期以来, 受益人所拥有的资源是否有任何变化, 包括增加或减少? 如果 LTSS 受益人有任何新的或变化的资源 (出售或转让), 请在下面的 “current information” (当前信息) 中列出。如果表格是预先打印的, 请划掉错误的信息, 并在右边的方框中提供正确的更新信息。

**注:** 资源包括手头现金、储蓄和支票账户、存款单、股票、债券、应付帐款、信托基金、企业所有权等。

如果不需要报告资源变化, 请打勾。

所有人姓名	资源	当前信息	更新信息
	车辆	-	
	支票/储蓄	-	
	股票/债券	-	
	存款证明	-	
	货币市场账户	-	
	企业所有权	-	
	年金	-	
	IRA、401K、403B、 Keogh 账户	-	
	殡葬合同或账户	-	
	其他	-	

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



2a. 信托

如果 LTSS 受益人或代表受益人行事的人在过去六十 (60) 个月内将遗产、财产、保险理赔、IRA 分配、殡葬合同、股票投资组合、信托基金、年金计划、经纪账户、保险理赔等任何有价物品设立或转移到信托中, 请填写下面的方框并提交证明。

如果不需要报告信托活动, 请打勾。

描述项目	行动日期	信托物品的价值/数量

3. 房地产, 包括 LTSS 受益人的住宅

自首次申请或上次续期以来, 受益人在不动产/财产 (如房屋或土地) 中的所有者权益是否有任何变化? 请在下面的方框中填空或更正任何错误信息, 并将与销售、转让和收入有关的变更文件发送给我们。

无需报告房地产/财产变化。

不动产和其他财产		
1. 主要住处	当前信息	更新信息
	-	
配偶/受抚养人住处	当前信息	更新信息
	-	
房产收入 - 租金或租赁	当前信息	更新信息
	-	
出售/转让日期	当前信息	更新信息
	-	

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



2. 其他房产/住所 (地址)	当前信息	更新信息
	-	
资产价值 - 价值减去任何留置权、 债务、贷款	当前信息	更新信息
	-	
房产收入 - 租金或租赁	当前信息	更新信息
	-	
出售/转让日期	当前信息	更新信息
	-	

**4. 健康保险承保范围**

通过填写空白处或更正下一行空白框中预先打印的信息, 提供有关为受益人提供保险的所有健康保险形式的最新完整信息。包括雇主、退休人员和其他私人健康计划; 牙科、眼科和其他补充计划; 以及 Medicare、Tricare 和类似的政府计划。

请寄送这些计划的所有新的和经更新的健康保险卡的正反面复印件。

如果不需要报告健康保险范围变化, 请打勾

健康保险	保单持有人姓名	保单号码	每月保费

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



第 5 节: 仅适用于护理机构居民

返回主要住所的意愿

如果您目前居住在护理机构, 但拥有自己的住房, 请填写此表。

本人 \_\_\_\_\_ 特此证明, 本人拥有位于  
(申请人/受益人姓名)

于 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(街道地址) (城市) (州和邮编)

此外, 我证明该房地产是我的主要住所:

我拥有上述房地产: (请选择一项)

Solely

Jointly

Tenants in common

Life Estate

我理解并同意, 我有责任 (在十 (10) 天内) 通知 DHS 我对该房地产所有权的任何变更。我还同意, 如果我返回上述不动产居住的意向发生任何变化, 我将通知 DHS; 因此, 我报告如下变化: (请在下面写明变化情况)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



罚款警告

“在作伪证的处罚下，我宣誓本续期表格已由我本人审阅或向我本人宣读，并且据我所知，其中的事实是真实和完整的。如本人代表他人申请，本人宣誓本申请表已由申请人本人审阅或向其宣读，就其所知，事实真实完整。”

客户或授权代表签名  
日期:

配偶或家长签名  
日期:

监护人/保管人/授权书持有人签名  
日期:

办公室见证人签名  
日期:

电话号码

( )

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情





您同意共享用于资格决定的数据

如果我们能够与了解您和您家人的其他机构和专业人士合作,我们可以更好地帮助您。勾选“**I Agree**”(我同意)框,即表示您允许我们从各种来源获取、使用和共享有关您的机密信息,包括罗德岛州劳动和培训厅(R.I. Department of Labor and Training, DLT)、罗德岛州公众服务厅(R.I. Department of Human Services, DHS)、罗德岛州卫生与公众服务执行办公室(R.I. Executive Office of Health and Human Services, EOHHS)、罗德岛州卫生厅(R.I. Department of Health)、罗德岛州惩教厅(R.I. Department of Corrections, RIDOC),以及代表医疗补助和联邦医疗保险服务中心(Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS)和社会安全管理局(Social Security Administration, SSA)的 Experian。

我们不会因为您不允许我们获取、使用和共享机密信息而拒绝您享受任何福利或访问您有资格参加的任何计划。但是,未经您的同意,我们无法帮助您获得您可能有资格获得的某些计划和支持。您必须同意才能确定您的资格。

您可以通过拨打 1-855-840-HSRI (4774) 联系我们的联系中心,在不填写此同意书的情况下继续购买健康保险,但如果您想知道您是否有资格获得购买保险的任何经济援助,是否有资格享受 Medicaid,您有必要填写此同意。

您通过勾选“**I Agree**”(我同意)框授权的所有信息共享和使用都将符合保护您隐私的所有相关联邦和州法律法规,包括但不限于:《1996年健康保险流通与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)(出版物L. 104-191称为HIPAA);罗德岛州医疗保健通信和信息保密法(R.I.G.L. 5-37.3-1等等);RI.G.L. 28-32-5、28-36-12、28-42-38、28-39-19、28-39-22、40.1-5-26、23-3-23、42-12-22、40-6-12以及所有其他适用法律和法规。信息将通过计算机数据传输共享。

在下面的第一个方框中打勾,即表示我同意获取和使用有关我的保密信息,以确定我是否有资格加入公共资助的健康保险或通过本网站管理的其他公共资助项目、计划、提供和协调福利及付款。

- 我同意共享用于资格决定的数据
- 我不同意,并了解我获得某些计划和支持的资格将受到这一决定的影响

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



您有权享受非歧视性待遇。根据联邦民权法和美国农业部 (U. S. Department of Agriculture, USDA) 的民权法规和政策, USDA、其机构、办事处和雇员, 以及参与或管理 USDA 计划的机构, 在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中, 禁止基于种族、肤色、国籍、宗教、性别、性别认同 (包括性别表达)、性取向、残疾、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、来自公共援助计划的收入、政治信仰的歧视, 或对以前的民权活动进行报复或打击报复 (并非所有依据适用于所有计划)。补救措施和投诉截止日期因计划或事件而异。

需要替代性交流方式以获取计划信息 (如盲文、大字体印刷、录音带、美国手语等) 的残疾人, 应联系负责机构或 USDA 的 TARGET 中心, 联系电话: (202) 720-2600 (语音和电传打字机), 或通过联邦电话中转服务联系 USDA, 电话: (800) 877-8339。此外, 可能以英语以外的语言提供计划信息。如需提出计划歧视投诉, 请填写 USDA 计划歧视投诉表 AD-3027, 可在以下网址在线查阅:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>, 还可以在任何 USDA 办事处, 或写信给 USDA 以获得表格, 并在信中提到表格中要求的所有信息。如需投诉表副本, 请致电 (866) 632-9992。将填好的表格或信件提交给 USDA: (1) 邮寄: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) 传真: (202) 690-7442; 或者 (3) 发送电子邮件至: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。美国农业部 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 是一个机会均等的提供者、雇主和贷方。

根据《1964 年民权法》第六篇 (《美国法典》第 42 卷第 2000d 节及以下)、经修订的《1973 年康复法》第 504 节 (《美国法典》第 29 卷第 794 节)、《1990 年美国残疾人法》 (《美国法典》第 42 卷第 12101 节及以下), 以及《1972 年教育修正案》第九篇 (《美国法典》第 20 卷第 1681 节及以下)、《2008 年食品和营养法》 (以前称为《食品券法》)、《1975 年年龄歧视法》、美国卫生与公众服务部实施条例 (《联邦法规》第 45 编第 80 和 84 部分) 和《美国教育部实施条例》 (《联邦法规》第 34 编第 104 和 106 部分), 以及美国农业、食品和营养服务部 (《联邦法规》第 7 编第 272.6 部分); 卫生与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 和公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 在其教育和其他计划活动中接受或提供服务、就业或待遇方面不存在基于种族、肤色、民族血统、残疾、宗教、政治信仰、年龄或性别的歧视。根据适用法律的其他规定, EOHHS 和 DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉程序的详细信息, 请联系 DHS, 地址为 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971。如需使用罗德岛中转电话, 请拨 7-1-1 或拨打以下免费电话号码之一: 听障人士: 1-800-745-5555, 语音信箱: 1-800-745-6575。社区关系联络官是执行民权法第六篇的协调员, 康复服务办公室 (Office of Rehabilitation Services, ORS) 管理员或其指定人员是执行第九篇、第 504 节和 ADA 的协调员。DHS 主任或其指定人员全面负责所有机构计划的公民权利合规工作。EOHHS 部长负责与 Medicaid 计划相关的歧视问题, 任何此类投诉都将相应转介。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໃດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 (رقم هاتف الصم والبكم: (711 TTY).

### 非歧视通知

卫生与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 和公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 在接受或提供服务、就业或治疗、教育和其他计划活动方面不存在基于种族、肤色、原国籍、残疾、政治信仰、年龄、宗教或性别的歧视。根据适用法律的其他规定，EOHHS/DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉的投诉程序的更多信息，请联系 DHS，地址为 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920，电话号码 (401) 462-2971 (聋人/听语障人士 1-800-745-6575 语音；TTY 711)。

请访问 <https://healthyrhode.ri.gov> 了解详情

