

一般資訊

紐約州衛生署，愛滋病研究中心為感染人類免疫缺乏病毒 (HIV) 而無保險或保險不足的紐約州居民提供四項計畫以取得醫療護理 (ADAP、主要護理、居家護理及 APIC)。此四項計畫採用相同的申請表和登記程序，如果是申請居家護理和 APIC 還需要其他表格。

愛滋病藥物補助計畫 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 支付對人類免疫缺乏病毒 (HIV) / 愛滋病 (AIDS) 和伺機性感染的藥物治療。由 ADAP 給付的藥物能幫助 HIV/AIDS 病患延長生命，並且治療 HIV 感染的症狀。ADAP 能幫助沒有保險、僅有部分保險、參加醫療補助合理支出抵降保費 / 盈餘計畫 (Medicaid Spend-down / Surplus) 或聯邦醫療保險 D 部分 (Medicare Part D) 的人士。

愛滋病藥物補助加健計畫 (ADAP Plus/主要護理) 支付在參與該計畫的診所、醫院、實驗室機構及私人醫生診所內所進行的主要護理服務。該服務包括進行醫療評估的行動照顧、早期療育和長期治療。

HIV 居家護理計畫 支付依據醫囑而為依賴醫護之慢性病患所進行的居家護理服務。該計畫範圍涵蓋居家護理員服務、執行靜脈注射，以及透過登記在案的居家護理機構提供用品和耐久性醫療器材。

愛滋病藥物補助加健保險延續計畫 (ADAP Plus Insurance Continuation, APIC) 為擁有醫療保險的合格參與者支付合乎成本效益的醫療保險保費，涵蓋的醫療保險包括：COBRA (失業後延長團體健保)、聯邦醫療保險 D 部分及私人或雇主提供的保單。

無保險之 HIV 感染者護理計畫保密聲明

依紐約州法令，對於提供予無保險者護理計畫的 HIV 相關資料會嚴格保密。此類資料 (即您為參與者) 得以交予負責本計畫順利執行之各方，包括個人和機構，本計畫必須與他們討論您的申請和 / 或參與，以決定資格、給付本計畫所保障的服務或藥物，或是為所支出的費用妥善處理帳目。計畫工作人員深知參與者對保密和隱私的需求，因此唯有在執行計畫極度需要時才會討論個人資料。

為了協助您瞭解保密性問題和參與計畫的條件，特提供以下範例：

- 本計畫將不會聯絡您的雇主、房東、家人、朋友、鄰居或未直接由您同意的其他任何人；無論是否與您的申請事宜或參與本計畫直接相關。

- 本計畫可能會聯絡您的醫生或醫療護理機構，以取得醫療資格表上所需的更多資訊或釐清資料。
- 本計畫將向藥房或醫療護理機構確認，您向藥房或醫療護理機構出示載明姓名及 ID 號碼的計畫卡時，您已登記參加計畫並支付承保範圍內的服務或藥物費用。
- 本計畫將於必要時與授權指定的假釋或矯正人員討論受刑人的申請事宜，以便其參加計畫。

您可以用書面方式告知本計畫，如果計畫工作人員無法聯絡您以取得更多資料時，您希望本計畫進行聯絡的對象 (即幫助您申請本計畫的社工人員)。

無保險者護理計畫為最後付款者，因此您若是透過本計畫取得藥物，我們將會聯絡您的醫療保險公司或其他第三方付款者 (即藥廠退款計畫)，請求他們針對藥物費用補償 ADAP。ADAP 需要收回款項以用於擴充本計畫，進而將新的藥物 / 服務納入保障範圍，並為更多 HIV 感染者提供保障。這些條件的實施是從您的申請之日起，至您終止該計畫為止，包括就本計畫所提供的治療性藥物或服務，完成向任何第三方索取還款程序所需的時間。您可以隨時以書面方式終止參加本計畫。

本計畫的隱私權聲明可在下列網址取得：

www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm。

如有任何疑問請致電 1-800-542-2437。

凡是提供予本計畫的資料都將嚴格保密。

申請表說明

申請資格是根據財務和醫療需求而定。必須隨填妥的申請表附上居住、收入和資產證明文件。您的醫生必須另行提交醫療申請表。

備齊所有必要文件而提交的申請表會在兩週內處理。遞出申請表時若申請表未填妥、證明文件未備妥，將會延遲收到計畫登記卡和重要計畫資訊的時間。

獲得核准後，您將會得到一張資格卡及使用說明。您必須在參與本計畫的藥房出示此張卡片和處方單以取得計畫給付的藥物，不必付費。向參與本計畫的醫療護理機構出示您的卡片，即可獲得計畫給付的醫療服務，不必付費。如有需要，您將會得到參與本計畫的居家醫療護理機構所提供的居家護理服務，不必付費 (一生可享有此福利的最高額度為 30,000 美元)。

A. 申請人資料

姓名

列出您的全名、社會安全號碼和出生日期。若您還有為人所熟知的其他名字，請寫在所提供的欄位內，並告訴我們您希望印製在卡片上的名字。請寫入您的完整地址。

地址

必須提交在紐約州居住的證明。居住證明可以是下列文件之一（顯示出您的姓名和地址）。如果您是用郵政信箱來收取郵件，則必須提供載有實際住址資訊的文件以證明住在紐約州。如果您是與他人同住，而且沒有任何項目是在您的名下，我們將需要他們的居住證明，以及一封陳述您與他們同住的信函：

- 目前的租約
- 現在的駕照
- 目前持有的選民登記卡
- 由醫療補助發出的最新裁定通知
- 燃料/公用事業帳單 (過去 90 天)
- 電話帳單 (過去 90 天)
- 房租收據 (過去 90 天)
- 載有您的姓名和地址的薪資單或銀行對帳單 (過去 90 天)

性別/種族/族群/語言

請勾選您的性別、種族、族群和語言偏好。

B. 居住安排

家庭成員

列出全部的家庭成員。任何對您負有法律責任或為您擔負法律責任者都視為家庭成員。此包括配偶和任何年齡在 21 歲以下之子女，或者若您的年齡在 21 歲以下，則包括父母和兄弟姊妹。

C. 收入

財務資格

財務資格是以聯邦貧窮線 (FPL) 的 435% 為依據：聯邦貧窮線因家庭規模大小而異，並且每年更新。財務資格的計算是根據扣除聯邦醫療保險和社會安全預扣稅及申請人支付醫療保險費用後的家庭實際總收入。

收入來源

勾選您及所有家庭成員的全部收入來源。此處的收入僅限於與您有法律責任關係之家庭成員 (例如：配偶或子女，但不包括叔伯、表親或室友)。對於每一項收入來源，請說明總額、該項收入為多久收到一次，以及此為您本人的收入或是家庭成員的收入。

必須提交收入證明。每一項勾選的收入來源都必須提供收入證明文件。

薪資收入人士

收入應該以過去 30 天之薪資單副本為證明文件。薪資單必須顯示至目前為止的年度收入、工作時數、所有的扣除額及該薪資單所涵蓋的日期。如果您無法取得薪資單，可寄給我們一封由您的雇主所出具的公證信函，顯示過去 30 天的薪資總額，並附上一份您最近的所得稅申報書副本。(不需要在該信函的收件人處寫上本計畫名稱。信函的收件人寫「敬啟者」即可。)

自雇人士

提供申請之前三個月的業務記錄，註明事業類別、總收入、淨收入，以及您最近一個年度的所得稅申報書。還必須包含由您出具且經公證的預估本年度收入報告。

租金收入

您從不動產出租而取得的收入，可用您與租客的租約副本和您最近的所得稅申報書副本做為證明文件。

所有其他收入

過去 30 天之社會安全殘障福利 (SSD)/社會安全補助金 (SSI) 裁決信函、失業救濟支票、社會安全支票、退休金支票等的副本皆應送交，以做為其他類別收入的證明。

無收入，由他人扶養

如果您沒有收入，而是由朋友或家人扶養，請提供一份由該名朋友或家人所出具的信函，說明他們是如何扶養您。

D. 流動資產

家庭的流動資產總值不得超過 25,000 美元。流動資產是指現金、儲蓄、股票、債券等。它們不包括您的汽車、住宅或聯邦認可的退休帳戶。

資產來源

勾選適用於您和所有家庭成員的全部資產來源。此處僅限於與您有法律責任關係之家庭成員 (例如：配偶或子女，但不包括叔伯、表親或室友)。對於您所勾選的每一項來源，註明現在的結餘 / 價值，以及該項資產是屬於您本人或是家庭成員。

必須提交資產證明。擁有流動資產者必須送交最新的資產報告副本，顯示現金價值和所收到的利息 / 股利金額。

E. 醫療保險

本計畫能協助擁有其他醫療保險，但在自付額、共付額、醫療補助合理支出抵降保費 / 盈餘計畫或其他自費方面有困難的人士。須附上所有其他醫療保險卡的正反面影本。

醫療補助 / 家庭加健計畫

註明您的醫療補助身份或您是否已申請家庭加健計畫。若您有參加醫療補助合理支出抵降保費 / 盈餘計畫，請在所提供的欄位內寫下金額。

聯邦醫療保險

註明您是否有聯邦醫療保險，若有，是何種類別：A、B、C 或 D。

醫療保險

務必回答與醫療保險有關的全部問題。如果您在支付醫療保險保費方面有困難，請致電 1.800.542.2437 或填妥 APIC 申請表 (表格號碼 DOH 2794c)，該表可在下列網址取得：<http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>。

F. 代理聯絡人與簽名

為了讓計畫工作人員能與代表您的人士洽談您的申請案，您必須將他們列在此處。請閱讀保密聲明，其中敘述了我們可能與誰聯絡討論您的申請案和參加事宜。

請仔細閱讀保證聲明，然後在申請表上簽名並註明日期。我們不會處理未簽名的申請表。請將申請表及所有的文件影印留存記錄。

問題或疑問

若您對填寫申請表有疑問，或有關於無保險之 HIV 感染者護理計畫或任何必要文件的問題，請致電免費電話：1-800-542-2437，或至下列網址查看「常見問題」文件：<http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>。

無保險之 HIV 感染者護理計畫申請表

本表格用於裁定愛滋病藥物補助計畫 (ADAP)、愛滋病藥物補助加健計畫 (主要護理)、HIV 居家護理, 及愛滋病藥物補助加健保險延續計畫 (APIC) 的資格。居家護理和 APIC 還需要其他文件。如果您對本計畫或填寫本申請表有任何疑問, 請聯絡我們的保密熱線: 1-800-542-2437。

請完全填妥本申請表並以正楷書寫清楚

A. 申請人資料

姓氏: _____ 名字: _____ 中間名縮寫: _____ 出生日期: ____ / ____ / ____
其他慣用名稱: _____ 社會安全號碼: _____ - _____ - _____

地址 (必須提交居住證明)

街道: _____ 公寓 #: _____ 城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

計畫資料是否能寄至上述地址? 是 否 若否, 請附上說明及另外的地址。

電話 主要: (____) _____ - _____ 次要: (____) _____ - _____ 是否可以留言? 是 否

性別 男 女 跨性別/變性

種族 白人 黑人/非洲裔美國人 亞裔 夏威夷/太平洋島民 美洲原住民/阿拉斯加原住民 不只一個種族
 其他 _____

族群 西班牙裔 非西班牙裔

語言偏好 英文 西班牙文 其他 _____

婚姻狀態 單身, 鰥寡, 離婚 已婚, 同住 已婚, 分居

B. 居住安排

獨居 與他人同住 (填寫下表) 無家可歸/收容所 出獄

家庭成員姓名*	性別	出生日期	關係	與您同住
1. _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 變性	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 變性	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 變性	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 變性	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

*如果您希望我們與此處所列的任何家庭成員洽談, 請將他們的名字列入第 2 頁的代理聯絡人。

C. 收入: 申請人與家庭成員 (必須提交收入證明)

收入來源 (勾選所有適用項目):

<input type="checkbox"/> 薪水/工資: <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職	<input type="checkbox"/> 政府補助	<input type="checkbox"/> 退伍軍人福利	<input type="checkbox"/> 無收入, 由他人扶養
<input type="checkbox"/> 紐約市員工	<input type="checkbox"/> SSI (社會安全補助金)	<input type="checkbox"/> 配偶贍養費/子女撫養費	<input type="checkbox"/> 無收入, 靠儲蓄生活
<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> SSD (社會安全殘障福利)	<input type="checkbox"/> 利息/股利/權利金	<input type="checkbox"/> 其他: _____
<input type="checkbox"/> 失業	<input type="checkbox"/> 社會安全退休金	<input type="checkbox"/> 不動產出租	
<input type="checkbox"/> 勞工賠償	<input type="checkbox"/> 退休金		

以上所勾選的各項, 請說明:

收入來源	總額	多久一次	領取人	開始日期
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	<input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家庭成員	____ / ____ / ____
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	<input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家庭成員	____ / ____ / ____
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每兩週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	<input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家庭成員	____ / ____ / ____

D. 流動資產 (必須提交流動資產證明)

資產來源 (勾選所有適用項目)

支票帳戶 儲蓄帳戶 定存單 股票/債券/共同基金 年金或信託 利息

以上所勾選的各項, 請說明:

資產來源	結餘 / 價值	領取人
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 家庭成員 <input type="checkbox"/> 共有
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 家庭成員 <input type="checkbox"/> 共有
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 家庭成員 <input type="checkbox"/> 共有

E. 醫療保險

您是否有其他醫療保險? (私人保單、健康維護機構、工會、退休、或其他健保計畫) 是 否

您是否繳付醫療保險保費? 是 否

若是, 繳付的費用為多少? \$ _____ 多久繳交一次? _____

若上述問題的答案為否, 醫療保險是否為透過您的工作/僱主提供? 是 否

請致電本計畫 1-800-542-2437 以瞭解 ADAP 如何能對您的醫療保險費用提供協助。

如果您有醫療保險, 送交您的保險卡正反兩面的影本並填妥以下部分:

醫療保險公司名稱: _____ 保單生效日期: ____ / ____ / ____
地址: _____ 保單號碼: _____
城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____ 團體號碼: _____
會員服務聯絡人 (如果知道): _____ 會員服務電話: (____) _____ - _____

醫療補助 (Medicaid) / 家庭加健計畫 (Family Health Plus)

您有申請嗎? 有 沒有

若有, 結果如何? 審理中 批准, 醫療補助 #: _____ 合理支出抵降保費 (若適用), 金額: \$ _____

拒絕, 理由: _____

聯邦醫療保險 (Medicare)

您有聯邦醫療保險嗎? 有 沒有

若有, 是何種類別? A - 住院 B - 主要護理 C - 聯邦醫療保險優勢計畫 (Medicare Advantage Plan) D - 處方藥

您是否繳交聯邦醫療保險 D 部分保費? 是 否

您是否有聯邦醫療保險 D 部分的「額外補助」? 是 否

若「否」, 請致電我們的熱線以瞭解關於「額外補助」的更多資訊

F. 代理聯絡人與簽名

簽署本申請表即表示本人授權無保險者護理計畫與下列人士討論本人之申請案 (即社工人員、案件主管、家庭成員):

姓名	機構	關係	電話號碼
_____	_____	_____	(____) _____ - _____
_____	_____	_____	(____) _____ - _____
_____	_____	_____	(____) _____ - _____

保證聲明

本人保證本申請表內的所有資料均屬實及正確無誤, 而且本人為紐約州居民。本人理解以下事項:

此處所提供之資料與紐約州領取聯邦資金有關連。計畫官員將確認本申請表內的資料。計畫官員可以定期確認本人的 Medicaid 身份並於必要時向 Medicaid 收款。若本人故意在本申請表上提供不實資料, 可能必須償還已提供予本人之福利, 而且本人可能依適用之州及聯邦法令遭到起訴。

本人謹在此申請無保險者護理計畫之下的福利, 並且同意在必要時得以使用並披露本人資料, 以用於本人的治療、支付醫療護理服務費用、支付醫療保險保費, 以及本計畫之醫療護理作業。

簽署本表並註明日期

申請人簽名 (若申請人未成年則由法定監護人簽名)

日期

請保留一份本申請表副本做為記錄, 並將申請表正本及全部文件郵寄至:
Uninsured Care Programs, Empire Station, PO Box 2052, Albany, NY 12220-0052