

伊利诺伊州医疗保健与家庭服务部 (Illinois Department of Healthcare and Family Services)
困难豁免之申请 (Application for Hardship Waiver)

困难豁免申请人务必填写相应的申请部分，并应在本申请所附的请求豁免遗产追偿之权利通知 (Notice of Right to Request Waiver of Estate Recovery) 发出之日起**60个日历日**内将其连同证明文件一起发回。如果 (1) 申请或 (2) 任何证明文件的提交时间超过本通知发出之日起**60个日历日**，该申请将不获受理。如果在及时提交申请后需要补充其他信息，则必须在要求提供该类信息之日起的**45个日历日**内发回这些文件。如果申请人遇到延误情况并需要延期，请致电**217-785-8711**与我们的办公室取得联系。如果您并未与我们联系要求延期，并且我们在**45个日历日**内没有收到相关文件，您的申请将不获受理。

打字或正楷书写

已故联邦医疗补助 (Medicaid) 成员信息			
死者姓氏:	名字:	中间名:	个案号:
死者的联邦医疗补助ID号:	死者的社会安全号:	死者的出生日期: (月/日/年)	

遗产信息			
请检查所有适用资产并填写所有相关信息。列出所有遗产，包括来自联权共有、分权共有、终身财产、生前信托、年金、人寿保险单或退休账户的遗产。请随附地契、登记、银行对账单、上市协议/合同、人寿保险单对账单、股票、债券和年金文件等的副本。如有必要，请另附表格。			
<input type="checkbox"/> 不动产	市值: 美元	缴税估计值: 美元	
	所欠抵押贷款: 美元		
	房产是否上市出售? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果为否, 请解释说明:		
不动产所在街道地址:	城市:	州:	邮编:
是否有人居住在该房产内? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 他们该房产内 居住了多久?	居住人员姓名:	与死者的关系:
<input type="checkbox"/> 银行账户	<input type="checkbox"/> 支票	余额: 美元	账号: 银行名称:
	<input type="checkbox"/> 储蓄	余额: 美元	账号: 银行名称:
<input type="checkbox"/> 股票/债券/票据/其他	类型:	价值: 美元	购买日期
年金	类型:	价值:	购买日期
终身财产	类型:	价值:	设定日期
人寿保险	类型:	价值:	受益人
退休账户	类型:	价值:	受益人
<input type="checkbox"/> 其他	描述:		

申请人信息					
申请人姓氏：		名字：	中间名：	出生日期：	年龄：
街道地址			社会安全号：	家庭电话号码：	
邮政信箱：		城市：	州：	邮编：	
职业：		雇主：	雇主电话号码：		
申请人预期的遗产份额（%）			与死者的关系：		
婚姻状况：		配偶姓氏：	名字：		
配偶出生日期：	配偶年龄：	配偶的社会安全号：	配偶的电话号码：		
配偶的职业：		配偶的雇主：	配偶雇主的电话号码：		
申请人的资产					
请提供 申请人 拥有的资产的信息。如有需要，请另附表格。					
不动产：（包括个人住宅、度假物业、租赁房产等）					
房产1	地址：	城市：	州：	邮编：	
房产2	地址：	城市：	州：	邮编：	
价值：（房产1） 美元	抵押贷款余额：（房产1） 美元				
价值：（房产2） 美元	抵押贷款余额：（房产2） 美元				
银行账户：（包括储蓄、支票、存款单、退休账户等）					
机构名称	账号：	账户类型：	余额： 美元		
机构名称	账号：	账户类型：	余额： 美元		
机动车辆：（包括所有汽车、卡车、摩托车、船只、休闲车等）					
年份、品牌、型号：	账号：	账户类型：	余额： 美元		
年份、品牌、型号：	账号：	账户类型：	余额： 美元		
其他资产：（您拥有或正购买的其他物项，如股票、债券等）					
描述：	购买日期：	价值： 美元	贷款余额： 美元		
描述：	购买日期：	价值： 美元	贷款余额： 美元		

申请人每月收入

请附上最新的联邦和州所得税申报表之副本。

申请人的净工资：（附上最近两个月的工资单） 美元		金额按照以下时间间隔支付： <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周	
配偶的净工资：（附上最近两个月的工资单） 美元		金额按照以下时间间隔支付： <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周	
支付给申请人的租金：（请提供租赁协议） 美元		商业收入：（附上损益表）	
社安保障金： 美元		残疾：（附上最近的授予函）	
赡养费 美元	特许权使用费、信托、其他收入 美元	工伤赔偿金 美元	公共住房援助 美元
退休金/养老金/年金			
每月公共援助福利			
贫困家庭临时援助 （TANF） 美元	营养补充援助计划 （SNAP，食品券） 美元	V-D子女抚养费 美元	公共住房援助 美元
其他公共援助 美元		每月总收入： 美元	

申请人每月支出

每月支出：	金额 美元	每月支出：	金额 美元	每月支出：	金额 美元
抵押贷款/租金付款		房主/出租人保险		信用卡1	
房产税		汽车保险		信用卡2	
水		健康保险		信用卡3	
污水		残疾保险			
暖气		人寿保险			
电费		长期保险			
垃圾收集		分期付款			
有线/互联网卫星		个人贷款			
电话/手机数据计划		学生贷款			
杂货/食品		汽车贷款			
燃料/汽油		处方药物			
公共交通 （公交车、地铁、出租 车、火车、共享单车）					

请回答所有问题，并为适用于您的每一栏提供相应的文件。

1. 若执行追偿，是否会导致您符合获得公共援助的资格？ 是 否

2. 请解释，为什么执行追偿会导致您符合获得公共援助的资格？

3. 如果不执行追偿，您是否能够停止接受公共援助？ 是 否

请解释，在州政府不执行追偿的情况下，谁可以停止接受公共援助和/或医疗援助？

4. 您目前接受了什么类型的公共援助和/或医疗援助？

联邦医疗补助 (Medicaid) 社会安全补助金 (SSI) 贫困家庭临时援助 (TANF) 补贴住房

营养补充援助计划 (SNAP)

其他： _____

在家居住的家人

申请这项豁免的继承人必须提供常年在家居住的家人之相关信息。

家人姓名	社会安全号	出生日期 (月/日/年)	与申请人的关系

遗嘱中列出的继承人

继承人姓名	地址	城市	州	邮编

文件和证明

申请中要求的所有信息都属于自愿提供；但如果未能完整、准确地提供信息，可能会导致豁免申请被拒绝。如果申请人提供的信息出现错误或遗漏，可能会影响医疗保健与家庭服务部（HFS）的决定，并可作为拒绝豁免申请的依据。如适用，请随附以下副本：

1. 列有继承人姓名和每位继承人将获得的遗产百分比的死者遗嘱；
2. 死者或申请人拥有的不动产之地契；
3. 死者的银行对账单；以及
4. 显示死者不动产价值的估价。
5. 最近的房产税评估函/账单之副本。
6. 死者人寿保险的照片副本。
7. 申请人最近的联邦和州所得税申报表；包括有关附表（W-2、1099表等）。
8. 申请人最近的工资单；以及您收到或预计将收到的其他收入。
9. 申请人过去三个月的银行对账单。
10. 有资格接受公共援助福利的证明。
11. 未偿还的信用卡账单和贷款之清单以及相应的欠款金额，包括服务提供商（电、气、水、垃圾收集等）。
12. 申请人出生证明副本。
13. 申请人驾照副本。

证明

本人理解，本人对这项申请所作的陈述有待调查和核实。本人根据有关伪证罪的规定在此声明，据本人所知，本人在此表上所作的陈述为真实、准确。

申请人签名

日期

打字或正楷书写全名

电话号码

代表

如果有代表提供协助，请填写本栏：

姓名：姓氏	名字：	关系：		
地址：	城市：	州：	邮编：	
电话号码				

将所有文件发送至：

**Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Collections
Technical Recovery Section
P.O. Box 19174
Springfield, IL 62794-9174**