

醫療保險申請 (及瞭解您能否獲得費用方面的協助)

請使用該申請來瞭解您有資格獲得的醫療保險：

- 由Washington Apple Health計劃(Medicaid)，包括有保險金的Apple Health for Kids，亦被稱作兒童醫療保險計劃(CHIP)提供的免費或低收費醫療保險服務
- 一項稅收抵免，有助於您支付符合條件要求之醫療保險計劃的醫療保險費
- 符合條件要求之全成本私人醫療保險計劃和符合條件要求之牙科保險計劃

網上申請更快速

- 網上申請：wahealthplanfinder.org

為自己和其他人申請時需要的資訊：

- 社保號
- 每位家庭成員的出生日期
- 外國護照，「A」編號，或者移民身份編號（適用於申請醫療保險之移民）
- 所有收入達到報稅要求之成人及未成年人的收入狀況
- 您或您家庭可用之醫療保險的資訊

我們為何索要這麼多資訊？

我們需要下列資訊來確認您有資格獲得的醫療保險。我們將會依法律要求對您提供的資訊保密。

將填妥並簽字的申請表傳送至：

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
或傳真至：1-855-867-4467

若您沒有我們要求的全部資訊，則可填寫您的姓名、出生日期、地址及簽名，並郵寄至上方地址。

獲得該申請方面之協助：

- 網上：wahealthplanfinder.org
- 電話：致電客戶支援中心：1-855-WAFINDER (855-923-4633)或1-855-627-9604 (TTY)
- 親自遞交：若需獲得申請方面之協助，請透過客戶支援連結搜尋引導員或經紀人，網址為wahealthplanfinder.org。
- 語言或殘障：如需獲取語言方面之免費協助（包括口譯或列印材料翻譯）或殘障人士便利服務，請撥打1-855-WAFINDER (855-923-4633)或1-855-627-9604 (TTY) **定義**

健康保險之保險費稅收抵免： 稅收抵免可降低您每月支付的保險費。

Washington Healthplanfinder： 這係一種網上資訊市場，供華盛頓州的個人、家庭及小型企業對各項保險計劃進行比較，辦理計劃登記手續；並獲得稅收抵免、費用分擔額優惠以及公立計劃服務（譬如Washington Apple Health計劃等）。

保險費： 您每個月為醫療保險計劃支付的款項（若有）。即便您未接受任何醫療護理服務，您亦須支付保險費來維持保險。

符合條件要求之醫療保險計劃： 透過Washington Healthplanfinder提供的私人醫療保險。

最低基本保險： 這係個人需要擁有的保險類型，以符合《平價醫療法案》規定的個人責任要求。這包括個人和家庭醫療保險政策、基於工作的保險、Medicare、Medicaid、兒童醫療保險計劃(CHIP)、TRICARE和涵蓋10項基本健康福利的其他保險。

基本醫療保險福利： 所有醫療保險計劃皆須涵蓋的10種醫療護理服務，譬如就診、住院和處方藥。些許福利係免費的，而些許或有共付額和共付保險費。

Washington Apple Health： 這係為合資格之華盛頓州居民提供的一項公立醫療保險計劃。在華盛頓州，Medicaid醫療輔助方案、兒童醫療保險計劃(CHIP)及其他由華盛頓州府資助之醫療保健計劃被統稱為Washington Apple Health計劃。

適用於自僱業者

您可從您的總收入中減去獲准許的費用，以便得出您的自僱業淨收入額。若需詳細資訊，請參見www.irs.gov網站上所登載的「稅表明細算表C或表F」。

獲准許之費用的些許示例如下：

- 汽車和卡車開支
- 傭金、收費和合同勞工
- 損耗
- 折舊貶值
- 僱員福利金計劃、退休金和分紅計劃
- 保險（除醫療保險之外）和抵押利息
- 法律與專業服務
- 辦公費用、租金和租賃
- 財產保險、責任保險或經營中斷保險
- 耗材、維修和保養
- 旅行、餐飲和娛樂
- 公用事業費、稅費和許可費
- 工資（減去就業減免） 醫療保險計劃之權利與責任

您對所有醫療保險計劃之權利（我們必須）

幫助您閱讀和填寫所有必要的表格。 若需協助，您可聯絡Washington Healthplanfinder，或者若您係老年人、盲人、殘疾人或需長期服務和支援(LTSS)，您可聯絡社會福利服務部(DSHS)。

當您與Washington Healthplanfinder、醫療保健計劃管理部或DSHS溝通時，免費且毫不遲延地提供**口譯或筆譯服務**。

對您的私人資訊保密，但我們或會向其他州或聯邦機構披露些許資訊，用於資格審核及參保目的。

若Washington Healthplanfinder或DSHS的某項決定影響到您參加醫療保險、LTSS、某項健康計劃之資格、所獲得之醫療保險的保險費稅收抵免或計劃成員分擔額優惠，而您不同意該決定，**則為您提供上訴機會**。透過提起上訴，您的個案將會被複審。您可流覽Washington Healthplanfinder的上訴方法網頁，於該網頁找到相關Washington Healthplanfinder上訴程序之詳細資訊，網址為 <http://www.wahbexchange.org/appeals/>，或者致電Washington Healthplanfinder客戶支援中心，號碼為：1-855-923-4633。有關DSHS計劃上訴之資訊，可撥打1-877-501-2233聯絡DSHS客戶服務聯絡中心或拜訪當地的家庭與社區服務處。若上訴係針對個案複審未解決的Washington Apple Health保險決定，將會安排您參加行政聽證。

公平地對待您。歧視係違法行為。 Washington Health Benefit Exchange/醫療保健計劃管理部遵守適用之聯邦民權法，不得因種族、膚色、國籍、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Washington Health Benefit Exchange/醫療保健計劃管理部不得因種族、膚色、國籍、年齡、殘障或性別而排斥任何人或區別對待他們。

Washington Health Benefit Exchange/醫療保健計劃管理部亦遵守適用之州法律，且不得因信仰、性別、性別表達或身份、性取向、婚姻狀況、宗教、榮譽退伍軍人或軍人身份，或殘障人士使用受訓導盲犬或服務動物而歧視任何人。

Washington Health Benefit Exchange/醫療保健計劃管理部：

- 為殘疾人提供免費的幫助和服務，以便他們能夠與我們有效溝通，譬如：
 - 符合資格的手語口譯員
 - 其他格式的書面資訊（大字體、音訊、可存取的電子格式、其他格式）
- 為母語非英語之人士提供免費語言服務，譬如：
 - 符合資格的口譯員
 - 其他語言書寫的資訊

如需該等服務，請撥打1-855-923-4633。

若您認為Washington Health Benefit Exchange/醫療保健計劃管理部未能提供該等服務或透過其他方式歧視您，您可進行投訴：

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity
Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
傳真: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org
- **Health Care Authority Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
傳真: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

您可親自遞交或透過郵寄、傳真或電子郵件提交申訴。若需幫助來填寫投訴書，Washington Health Benefit Exchange法務部/醫療保健計劃管理部法律服務處將隨時為您服務。

您亦可透過電子方式於<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>向美國衛生和人類服務部民權辦公室提起民權投訴，或透過郵寄或電話：

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)。

投訴表位於www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html。

您對所有醫療保險計劃之責任（您必須）

SSN和移民身份披露。 除些許例外情況之外，您須提供您自己或家中任何其他想要申請醫療保險之家庭成員的社保號(SSN)或移民檔案編號。申請醫療保險保費稅收抵免時必須提供SSN。我們透過確認您的身份、公民身份、移民身份、出生日期和其他醫療保險的可用性來確定您的資格。

我們不與其他移民機構分享該等資訊。

可為您的些許家庭成員申請保險，但不能為其他人申請。若您沒有所有家庭成員的SSN或移民檔案編號，其他人仍可申請並獲得保險。譬如說，即便您沒有資格獲得保險，您亦可為您的子女申請。申請不會影響您的移民身份或成為永久居民或公民的機會。

亦有些許Washington Apple Health計劃係針對那些無法證明自己於美國合法居留之人士。然而，若您選擇不為您家中的某人提供SSN或移民檔案編號，則我們將需與您跟進，以獲取有關非申請人收入之資訊。

若機構要求，則需提供決定您是否合資格所需之任何資訊或證據。

您應瞭解的關於所有醫療保險計劃的事情

有些州和聯邦法律管理Washington Healthplanfinder和州管理的申請系統的運行、您作為其使用者的權利和責任，以及您從使用它們中獲得的保險。透過使用該等系統，您同意遵守適用於該等系統使用者的法律以及他們由此獲得的保險。

1973年的《全國選民登記法》要求所有州透過其公共援助辦公室進行選民登記協助。

申請登記或拒絕登記投票不會影響本機構為您提供的服務或福利。您可於www.vote.wa.gov登記投票或撥打1-800-448-4881訂購選民登記表。

《健康保險流通與責任法案》(HIPAA)限制封鎖醫療保健計劃管理部(HCA)和DSHS與任何人（包括授權代表）討論您或您的任何家庭成員的健康資訊，除非該個人擁有授權書或您簽署了授權披露該資訊的同意書。這包括披露心理健康資訊、HIV、AIDS、STD檢測結果或治療和化學品依賴服務。

如需有關Washington Healthplanfinder隱私政策之詳細資訊，請流覽

https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html

《平價醫療法案》禁止Washington Healthplanfinder和DSHS在未經您同意的情況下，將您或您任何家庭成員之個人身份資訊(PII)提供給未經授權接收該等資訊之任何人。

您提供給Washington Healthplanfinder和DSHS的資訊須經聯邦和州官員核實，以確定您是否有資格享受醫療保險。核實可包括與機構工作人員的後續聯絡。

若您開始填寫Washington Healthplanfinder醫療保險申請表格，但出於任何原因而未能完成該項手續，您的情況將會在Washington Healthplanfinder系統內保存90天，而且您可於該期間調閱該等情況。若90天後您仍未完成申請手續，您的情況將會從Washington Healthplanfinder系統中刪除。

Washington Healthplanfinder、HCA和DSHS不負責管理您的醫療保險計劃。您的醫療保險承保商可提供有關您福利的更多資訊。

若您對醫療保險計劃規定條款有任何疑問（包括您有資格獲得的福利待遇、您的保險計劃所規定之實付費用，以及提出保險福利索償或對拒絕批准福利之決定提出上訴），應與您的醫療保險計劃承保商聯絡。若在經由Washington Healthplanfinder購買的醫療保險福利終止之後，您具備聯合多項預算調解法案(COBRA)之服務資格，則應由您的僱主負責管理COBRA並向您提供必要的COBRA計劃通知函及計劃選擇期。

在您從自己選擇的保險計劃承保商處接獲批准公函及保單（亦稱為保險計劃合約或保險證明書）之前，切勿取消任何目前的醫療保險或者謝絕任何COBRA福利。確認您理解並同意保單條款，尤其應注意生效日期、等候期、保險費金額、保險福利、限制條款、除外條款，以及追加條款。

您可透過兒童撫養處(DCS)申請撫養費強制執行服務。

要獲得該等服務之申請表，請登入 www.childsupportonline.wa.gov或聯絡當地的DCS辦公室。

您僅對Washington Apple Health之權利（我們必須）

於您詢問時**向您解釋您的權利與責任。**

容許您提交部份申請，其中至少包括您的姓名、地址和簽名或申請人授權代表的簽名。我們收到部份申請的那天即為您的申請日期，這或會影響您的保險何時生效。在您完成申請之前，我們不會對您的保險做出最終決定。

容許您使用WAC 182-503-0005下列出的任何方法**提交申請或部份申請。**

迅速辦理您的申請，不晚於WAC 182-503-0060中指出的時間線。

您有10個日曆日的時間來提供我們確定資格條件所需的資訊。若您要求更多時間，我們將會提供給您。若您未提供給我們資訊並未要求更多時間，我們可拒絕、關閉或變更您的醫療保險。

若您難以獲得我們確定您資格條件所需的任何資訊或證據，我們**可幫助您**。若我們要求的資料將需要您花錢，我們將會傳送它並支付費用。

大多數情況下，我們會在停止您醫療保險前至少10天通知您。

大多數情況下，我們會在45天內為您提供書面決定。些許殘障人個案的醫療保險或需60天。我們會在15天內就懷孕醫療**提供書面決定。**

若我們對您的個案進行稽核，**容許您拒絕**與調查人員交談。您不必讓調查人員進入您家。您可讓調查人員於其他時間回來。該等要求不會影響您獲得醫療保險的資格條件。

依據WAC 182-504-0125，在我們決定您是否有資格參加其他計劃的同時，**可繼續Washington Apple Health保險。**

若您有資格，為您提供與WAC 182-503-0120中所述**同等的便利服務**。

您僅對Washington Apple Health之責任（您必須）

在發生變更的30天內，依照WAC 182-504-0105和WAC 182-504-0110之**要求報告變更**。
閱讀您的批准函，瞭解您必須報告的變更。

依照要求**完成更新**。

將所需的資訊提供給醫療服務提供者，以便我們支付醫療服務賬單。

申請Medicare（若您有資格）。

依照要求**與品質保證工作人員合作**。

當您要求或獲得Washington Apple Health時，**申請並盡合理努力**從其他經濟來源獲得潛在收入。

您應瞭解的僅關於Washington Apple Health的事情

由於申請並獲得Washington Apple Health，您將把您對醫療費用支付義務付款以及與醫療保健相關的任何第三方付款之一切權利都交予華盛頓州政府。

該機構可向兒童免疫跟循記錄系統提供您孩子的免疫史。

您報告的資訊或會提供給DSHS，以確定醫療保險、現金援助、食品援助和育兒補貼等計劃的資格和每月福利。

依據法律，華盛頓州可透過遺產索討（RCW 41.05A.090、RCW 43.20B.080和WAC第182-527章）從您的遺產中收回其為某些類型醫療服務支付的費用。直至您去世、您的尚存配偶去世，以及您的尚存子女年滿21歲或更大時，方能索討遺產。若某個尚存的子女於您去世時失明/殘疾，亦不會發生這種情況。可索討成本包括：

- 某些Washington Apple Health長期服務與支援，若您在獲得服務時年滿55歲或更大；
- 某些僅由政府資助的服務，不論您在獲得服務時有多大年齡。

WAC 182-527-2742下列出了可索討成本的服務。WAC 182-527-2746下列出了不可索討的資產。

若您被永久收容，州政府亦可在任何年齡對您的不動產申請死亡前留置權(WAC 182-527-2734)。州政府可透過出售房產或您的不動產進行索討，除非：

- 您的配偶住在房產中；
- 您的兄弟姐妹住在房產中，係共同所有人，並且符合某些條件。
- 您的子女住在房產中，係盲人/殘疾人；或者
- 您的子女住在房產中，且未滿21歲。

WAC 182-527-2734下列出了依照死亡前留置權可索討成本的服務。

若您向醫療服務提供者尋求不必要的醫療服務，**則或僅限於一家醫療服務提供者、藥房和/或醫院**。

您應瞭解的僅關於符合條件要求之醫療保險計劃的事情

我們核實您的資訊：我們透過聯邦資料庫確認您申請的資訊。若您於申請中提供之資訊與聯邦資料庫不匹配，您有95天時間提供該等文件。未能回應我們的請求或會導致您的承保範圍或稅收抵免終止。您有責任回應我們的請求，在有疑問時與我們聯絡，並於截止日期前回復。

社保號(SSN)：您需向我們提供您家庭中擁有社保號之每個人的社保號。若有人無社保號，他們仍可獲得醫療保險。

立即報告收入變更： 您於申請表中填寫的收入係您估計今年能賺到的金錢。當您的收入發生變更時，應更新您的估計值。您收入的變更或會改變您的稅收抵免資格，並會改變您的自付額和費用分攤減少金額。估計收入時應盡可能準確，並迅速報告所有重大變更。

需核對稅收抵免： 您須向IRS報告您獲得的稅收抵免。為此，您可透過提交年度IRS納稅申報表並包含正確的IRS表格。未向IRS報告稅收抵免會導致您未來無法獲得稅收抵免。有關詳細資訊，請閱讀IRS表格1095和8962提供的說明。

顯示的醫療保險費用或會發生變更： 依據醫療保險計劃承保商的核保方法以及您所選擇的任何可行選項，費用或會發生變更。

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 تماس بگیرید. (TRS: 711)

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚነትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

醫療保險申請 第1部份

1

主申請人姓名及聯絡資訊

名字

中間名縮寫

姓氏和後綴

出生日期 (年/月/日)

社保號 (SSN)*

先天性別

男性

女性

申請人或授權代表簽名

您是否有家庭住址? 否 是

若非如此, 您希望在哪個縣接受醫療保健服務?
您仍需填寫一個郵寄地址。

您的居住地址

城市

州

郵遞區號

郵寄地址 (若與住址不同)

城市

州

郵遞區號

主要電話號碼

備用電話號碼

電郵地址

Washington Healthplanfinder可能需要與您聯絡, 以便說明對您申請的審批情況, 或者請您提供其他資訊。您希望以何種方式聯絡您?
電話 電子郵件 USPS郵寄

***HCA不會出於移民執法目的與任何移民機構分享該等資訊。**

若您無SSN, 請將這裡留空。

2

語言資訊

您本人或您為之提出申請者是否希望獲得口譯服務, 並希望收到非英文的文件?

否 是

若是如此, 您需要哪種語言或哪種替代版本格式? 列示所有適用項: _____

您本人或您為之提出申請者是否需要替代版本格式的文件? 否 是

若是如此, 我們應向您傳送哪種替代版本格式? 大字體英文 盲文



18001

3**妊娠情況**

家中是否有人懷孕? 否 是

4**授權代表資訊**

1. 授權代表(AREP)係指充分瞭解家庭情況並經家庭授權代表家庭進行資格審查的任何成年人。這不同於與引導員或經紀人合作。
 2. 若申請人因健康狀況而無法指派AREP，則可透過於 dshs.wa.gov/authorized-rep-form 上填寫授權代表指派表格(DSHS 14-532)來指派自己為AREP。
 3. 透過指派授權代表，您容許您的授權代表：
 - 代表您簽署申請表；
 - 接收有關您的申請和賬戶的通知；以及
 - 代表您對所有有關申請和賬戶之事宜採取行動。
- a. 您是否指派授權代表? 否 是
- b. 您是否想要您的授權代表亦接收有關您的申請和賬戶的通知? 否 是

授權代表姓名/組織

電話號碼

授權代表的郵寄地址

電郵地址

5**關於您家庭的資訊**

若您要報稅，您的申請中須填寫下列個人：您的配偶、與您共同生活的子女、與子女共同生活在一起的所有家長，以及其他任何您想要為其申報聯邦所得稅之人員。**使用第9至16頁說明您的家庭情況。**

若您想以某人抵稅依親者之身份報稅，則須填寫所納稅家庭中的全部成員，包括您和與您共同生活的任何家庭成員。

您無需報稅，即可申請醫療保險。

6**主申請人 (本人)**

名字

中間名縮寫

姓氏

出生日期 (年/月/日)

此人是否申請醫療保險? 否 是

本人

與您的關係：

(對於不申請保險的個人，可自行選擇是否提供社保號(SSN)或公民身份)
公民或非公民身份： (選擇一項)

美國公民或美國僑民

合法居留美國的非公民

其他

社保號(SSN):

若您係合法居留的非公民，請輸入下列資訊：

移民身份證明文件類型：

[A] 編號：

收據編號或其他編號：

外國護照編號：

簽發國：

入境日期：（年/月/日）

證明文件失效日期：（年/月/日）

本年的預計申報納稅身份（選擇一項）

單身報稅

申請中某人的抵稅依親者

戶主

未在申請中某人的抵稅依親者

有受撫養子女的孀居或鰥居人員

未申報納稅，亦非抵稅依親者

已婚分報

已婚合報：

第一報稅人之姓名： _____

您去年的申報納稅身份是否與以上列出的本年度一樣？ 否 是

若非如此，請列出去年的申報納稅身份：

(您對該問題的答案不會影響您獲得Apple Health福利之資格)

若您準備於本日曆年11月1日至12月31日期間提交該申請表格，據您預計，明年您的申報納稅身份是否將與今年相同？ 否 是

種族（自願填寫 - 請勾選所有適用項）

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民

菲律賓人

寮國人

越南人

亞裔印第安人

關島人

其他亞裔太平洋島民

白人

黑人或非裔美國人

夏威夷人

其他種族

柬埔寨人

日本人

薩摩亞人

華人

韓國人

泰國人

您是否係西班牙裔或拉美裔？

古巴人

墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人

非西班牙人/西班牙裔

其他西班牙人/西班牙裔

波多黎各人

我們為何蒐集該等資訊 – 我們利用該等資訊幫助改善健康公平，增加所有人獲得醫療保健之機會。您提供的資訊不會妨礙您參加醫療保險計劃。

您是否係美洲印第安人或阿拉斯加本土居民？ 否 是

名字 _____ 中間名縮寫 _____ 姓氏 _____ 出生日期（年/月/日） _____

此人是否申請醫療保險？ 否 是 先天性別 男性 女性

與您的關係（譬如配偶、同居伴侶、伴侶） _____

（對於不申請保險的個人，可自行選擇是否提供社保號(SSN)或公民身份）
公民或非公民身份：（選擇一項）

美國公民或美國僑民 合法居留美國的非公民 其他

社保號(SSN):

若您係合法居留的非公民，請輸入下列資訊：

移民身份證明文件類型： _____ [A] 編號： _____ 收據編號或其他編號： _____

外國護照編號： _____ 簽發國： _____

入境日期：（年/月/日） _____ 證明文件失效日期：（年/月/日） _____

本年的預計申報納稅身份（選擇一項）

單身報稅 申請中某人的抵稅依親者
 戶主 未在申請中某人的抵稅依親者
 有受撫養子女的孀居或鰥居人員 未申報納稅，亦非抵稅依親者
 已婚分報
 已婚合報：

第一報稅人之姓名： _____

您去年的申報納稅身份是否與以上列出的本年度一樣？ 否 是

若非如此，請列出去年的申報納稅身份： _____ **（您對該問題的答案不會影響您獲得Apple Health福利之資格）**

若您準備於本日曆年11月1日至12月31日期間提交該申請表格，據您預計，明年您的申報納稅身份是否將與今年相同？ 否 是

種族 (自願填寫 - 請勾選所有適用項)

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民	菲律賓人	寮國人	越南人
亞裔印第安人	關島人	其他亞裔太平洋島民	白人
黑人或非裔美國人	夏威夷人	其他種族	
柬埔寨人	日本人	薩摩亞人	
華人	韓國人	泰國人	

您是否係西班牙裔或拉美裔?

古巴人	墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人	非西班牙人/西班牙裔
其他西班牙人/西班牙裔	波多黎各人	

我們為何蒐集該等資訊 – 我們利用該等資訊幫助改善健康公平，增加所有人獲得醫療保健之機會。您提供的資訊不會妨礙您參加醫療保險計劃。

您是否係美洲印第安人或阿拉斯加本土居民? 否 是

8

列出子女/抵稅依親者/其他家庭成員 (第1位)

名字	中間名縮寫	姓氏	出生日期 (年/月/日)
----	-------	----	--------------

此人是否申請醫療保險? 否 是 先天性別 男性 女性

與您的關係 (譬如子女、孫子女、姪女、侄子、兄弟姐妹)

(對於不申請保險的個人，可自行選擇是否提供社保號(SSN)或公民身份)

公民或非公民身份: (選擇一項)

美國公民或美國僑民	合法居留美國的非公民	其他
-----------	------------	----

社保號(SSN):

若您係合法居留的非公民，請輸入下列資訊:

移民身份證明文件類型:	[A] 編號:	收據編號或其他編號:
-------------	---------	------------

外國護照編號:	簽發國:
---------	------

入境日期: (年/月/日)

證明文件失效日期: (年/月/日)

本年的預計申報納稅身份 (選擇一項)

- 單身報稅 申請中某人的抵稅依親者
- 戶主 未在申請中某人的抵稅依親者
- 有受撫養子女的孀居或鰥居人員 未申報納稅，亦非抵稅依親者
- 已婚分報
- 已婚合報：

第一報稅人之姓名： _____

您去年的申報納稅身份是否與以上列出的本年度一樣？ 否 是

若非如此，請列出去年的申報納稅身份： **(您對該問題的答案不會影響您獲得Apple Health福利之資格)**

若您準備於本日曆年11月1日至12月31日期間提交該申請表格，據您預計，明年您的申報納稅身份是否將與今年相同？
否 是

種族 (自願填寫 - 請勾選所有適用項)

- | | | | |
|-----------------|------|-----------|-----|
| 美洲印第安人或阿拉斯加本土居民 | 菲律賓人 | 寮國人 | 越南人 |
| 亞裔印第安人 | 關島人 | 其他亞裔太平洋島民 | 白人 |
| 黑人或非裔美國人 | 夏威夷人 | 其他種族 | |
| 柬埔寨人 | 日本人 | 薩摩亞人 | |
| 華人 | 韓國人 | 泰國人 | |

您是否係西班牙裔或拉美裔？

- 古巴人 墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人 非西班牙人/西班牙裔
- 其他西班牙人/西班牙裔 波多黎各人

我們為何蒐集該等資訊 – 我們利用該等資訊幫助改善健康公平，增加所有人獲得醫療保健之機會。您提供的資訊不會妨礙您參加醫療保險計劃。

您是否係美洲印第安人或阿拉斯加本土居民？ 否 是

8 列出子女/抵稅依親者/其他家庭成員 (第2位)

名字 中間名縮寫 姓氏 出生日期 (年/月/日)

此人是否申請醫療保險？ 否 是 先天性別 男性 女性

與您的關係 (譬如子女、孫子女、姪女、侄子、兄弟姐妹)

(對於不申請保險的個人，可自行選擇是否提供社保號(SSN)或公民身份)

公民或非公民身份： (選擇一項)

美國公民或美國僑民

合法居留美國的非公民

其他

社保號(SSN):

若您係合法居留的非公民，請輸入下列資訊：

移民身份證明文件類型：

[A] 編號：

收據編號或其他編號：

外國護照編號：

簽發國：

入境日期： (年/月/日)

證明文件失效日期： (年/月/日)

本年的預計申報納稅身份 (選擇一項)

單身報稅

申請中某人的抵稅依親者

戶主

未在申請中某人的抵稅依親者

有受撫養子女的孀居或鰥居人員

未申報納稅，亦非抵稅依親者

已婚分報

已婚合報：

第一報稅人之姓名： _____

您去年的申報納稅身份是否與以上列出的本年度一樣？ 否 是

若非如此，請列出去年的申報納稅身份：

(您對該問題的答案不會影響您獲得Apple Health福利之資格)

若您準備於本日曆年11月1日至12月31日期間提交該申請表格，據您預計，明年您的申報納稅身份是否將與今年相同？

否 是

種族 (自願填寫 - 請勾選所有適用項)

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民

菲律賓人

寮國人

越南人

亞裔印第安人

關島人

其他亞裔太平洋島民

白人

黑人或非裔美國人

夏威夷人

其他種族

柬埔寨人

日本人

薩摩亞人

華人

韓國人

泰國人

您是否係西班牙裔或拉美裔？

古巴人

墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人

非西班牙人/西班牙裔

其他西班牙人/西班牙裔

波多黎各人

我們為何蒐集該等資訊 – 我們利用該等資訊幫助改善健康公平，增加所有人獲得醫療保健之機會。您提供的資訊不會妨礙您參加醫療保險計劃。

您是否係美洲印第安人或阿拉斯加本土居民？ 否 是

8

列出子女/抵稅依親者/其他家庭成員 (第3位)

名字 中間名縮寫 姓氏 出生日期 (年/月/日)

此人是否申請醫療保險？ 否 是 先天性別 男性 女性

與您的關係 (譬如子女、孫子女、姪女、侄子、兄弟姐妹)

(對於不申請保險的個人，可自行選擇是否提供社保號(SSN)或公民身份)

公民或非公民身份： (選擇一項)

美國公民或美國僑民

合法居留美國的非公民

其他

社保號(SSN)：

若您係合法居留的非公民，請輸入下列資訊：

移民身份證明文件類型：

[A] 編號：

收據編號或其他編號：

外國護照編號：

簽發國：

入境日期： (年/月/日)

證明文件失效日期： (年/月/日)

本年的預計申報納稅身份 (選擇一項)

單身報稅

申請中某人的抵稅依親者

戶主

未在申請中某人的抵稅依親者

有受撫養子女的孀居或鰥居人員

未申報納稅，亦非抵稅依親者

已婚分報

已婚合報：

第一報稅人之姓名： _____

您去年的申報納稅身份是否與以上列出的本年度一樣？ 否 是

若非如此，請列出去年的申報納稅身份：

(您對該問題的答案不會影響您獲得Apple Health福利之資格)

若您準備於本日曆年11月1日至12月31日期間提交該申請表格，據您預計，明年您的申報納稅身份是否將與今年相同？

否 是

種族 (自願填寫 - 請勾選所有適用項)

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民	菲律賓人	寮國人	越南人
亞裔印第安人	關島人	其他亞裔太平洋島民	白人
黑人或非裔美國人	夏威夷人	其他種族	
柬埔寨人	日本人	薩摩亞人	
華人	韓國人	泰國人	

您是否係西班牙裔或拉美裔？

古巴人	墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人	非西班牙人/西班牙裔
其他西班牙人/西班牙裔	波多黎各人	

我們為何蒐集該等資訊 – 我們利用該等資訊幫助改善健康公平，增加所有人獲得醫療保健之機會。您提供的資訊不會妨礙您參加醫療保險計劃。

您是否係美洲印第安人或阿拉斯加本土居民？ 否 是

如需包括更多家庭成員，請於一張紙上附上每個人的所需資訊。

9

關於您家庭成員的資訊

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民相關資訊

美洲印第安人與阿拉斯加本土居民或有資格獲得Apple Health計劃之特殊承保服務，並經由Washington Healthplanfinder獲得特殊福利。若您為之提出申請者中有任何人係美洲印第安人或阿拉斯加本土居民，則請填妥下表。

人員姓名

部落名稱

聯邦認可的印第安人部落成員、群體成員、印第安城鎮成員、印第安村落成員；
阿拉斯加本土居民之地區或村莊企業的股東 否 是

人員姓名

部落名稱

聯邦認可的印第安人部落成員、群體成員、印第安城鎮成員、印第安村落成員；

阿拉斯加本土居民之地區或村莊企業的股東 否 是

人員姓名

部落名稱

聯邦認可的印第安人部落成員、群體成員、印第安城鎮成員、印第安村落成員；

阿拉斯加本土居民之地區或村莊企業的股東 否 是

人員姓名

部落名稱

聯邦認可的印第安人部落成員、群體成員、印第安城鎮成員、印第安村落成員；

阿拉斯加本土居民之地區或村莊企業的股東 否 是

居住

華盛頓州居民係指目前在華盛頓州居住者，有意在華盛頓州定居，包括無固定地址之人士；或者來本州並有工作承諾之人士，或者來本州謀職者。

每一位醫療保險申請者是否皆為華盛頓州居民？ 否 是

若非如此，請列明任何非本州居民者：

煙草使用

在過去6個月中，該申請上的任何家庭成員是否定期使用煙草產品？ 否 是

若是如此，請填寫其姓名：

(您對該問題的答案不會影響您獲得Apple Health福利之資格)

殘障成年抵稅依親者

殘障成年抵稅依親者係指因患殘障而無法就業，須依賴家庭成員支援之個人。

您是否有26歲以上的殘障成年抵稅依親子女？ 否 是

若是如此，請填寫其姓名：

(您對該問題的答案不會影響您獲得Apple Health福利之資格)

拘留和監禁相關情況

1. 您本人或您為之提出申請者是否正於監獄服刑? 否 是

若是如此，請填寫其姓名：

2. 指控處置是否待決? 否 是
3. 釋放日期是否在30天內? 否 是

選民登記

- 若您尚未於現住址登記投票，您是否願意在此申請辦理選民登記手續?** 否 是

若您選擇「是」，您將會收到一份選民登記表。

無論您申請或謝絕參加選民登記，皆不會影響您獲得福利之資格或金額。

若您在填寫選民登記表格時需要幫助，您可透過華盛頓州的免費選民登記熱線1-800-448-4881獲得幫助。是否尋求或接受幫助完全由您自行決定。您可私下填寫申請表。

若您認為有人干涉您行使或不行使選民登記權利，並干涉您依個人意願決定是否登記或申請登記投票之隱私權，您可向下列機構提起投訴：Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504，電子郵件為elections@sos.wa.gov，或者撥打1-800-448-4881。

符合條件要求之醫療保險計劃申請人簽名

停止：您或有資格享受免費或低收費保險服務。若您不想考量您的收入，並想參加符合條件要求之醫療保險計劃(QHP)，請於下面簽名並提交申請。您將會為您的醫療保險支付全額費用，無需填寫申請表的第2部份。

我已讀過或已有人向我解釋過本人的權利與責任。

透過於該申請表格上簽名，您同意Washington Healthplanfinder與其他州和聯邦機構分享您的資訊。

簽名

日期

繼續：若要申請Washington Apple Health (Medicaid)或稅收抵免來降低您的保險費，您須填寫申請表格的第2部份。

第2部份

1

醫療保險資訊

除Washington Apple Health計劃 (Medicaid醫療輔助方案或兒童醫療保險計劃(CHIP)) 之外, 您本人或您為之提出申請者是否亦有其他醫療保險?

(示例包括私人或由僱主保險、個人醫療保險、有限福利保險、Medicare、退伍軍人福利、

和平團保險服務、Tri-Care計劃服務, 及其他保險) 否 是

若是如此, 請於下表中填寫相關內容。若不止一人有其他醫療保險, 請加頁填寫。

保險公司名稱或僱主姓名或名稱:

保單編號:

團體保險編號:

保單持有人/僱員姓名:

保單持有人出生日期:

列示該計劃下涵蓋的所有家庭成員:

列示該計劃下涵蓋的所有家庭成員:

列示該計劃下涵蓋的所有家庭成員:

列示該計劃下涵蓋的所有家庭成員:

列示該計劃下涵蓋的所有家庭成員:

列示該計劃下涵蓋的所有家庭成員:

2

子女的醫療保險

若您不準備為子女申請保險福利, 則請略過該問題, 並繼續下一部份 (尚欠醫療費用帳單情況) 內容。

您的醫療保險是否承保您的子女? 否 是

若是如此, 請輸入子女的姓名:

在最近四個月內, 您是否曾停止過您19歲以下子女的醫療保險? 否 是

若是如此, 則該醫療保險於何時停止?

3

尚欠醫療費用帳單情況

您本人或您為之提出申請者是否需要協助, 以便支付於當月之前最近3個月中任何一個月內接受服務的尚欠醫療費用帳單?

否 是

若是如此, 請輸入個人的姓名:

即便是您因自己的移民身份而無資格享受其他保險，您或您的家庭成員仍可能有資格獲得有限的緊急保險。

請勾選所有適用於您為之提出申請之非美國公民者選項方框，並於指定欄位內填寫其姓名：

於當月或過去三個月內曾接受過緊急病症治療服務：

何人： _____

需透析或癌症治療：何人： _____

因器官移植需抗排斥藥物：何人： _____

需療養院、生活輔助或居家照護服務：何人： _____

您本人或您的任何家庭成員目前是否懷孕？ 否 是 （若有一名以上婦女妊娠終止，請於第二行填寫。）若是如此，

請輸入其姓名：

預產期：

預產子數：

請輸入其姓名：

預產期：

預產子數：

您本人或該申請中的任何家庭成員於過去12個月內是否懷孕？ 否 是

（若有一名以上婦女妊娠終止，請於第二行填寫。）若是如此，

請輸入其姓名：

妊娠終止日期：

請輸入其姓名：

妊娠終止日期：

該部份內容有助於我們確定您家調整後的總收入額(MAGI)。就大部份醫療保險計劃而言，決定您是否仍符合計劃資格時，MAGI收入額係必要依據之一。請為您為其提出申請的每一位家庭成員回答下列問題，並儘量準確回答。僅填寫有關所列收入類型之資訊。

您將會需要填寫您本人、您的配偶、任何未成年人和抵稅依親者（不論年齡，除非未成年人或抵稅依親者不需要報稅）的目前每月總收入情況。有關如何申報收入之詳情，請流覽 wahbexchange.org/how-to-report-income

注意：美洲印第安人/阿拉斯加本土居民(AI/AN)無需上報被美國國稅局列為應納稅總收入之外的任何AI/AN收入。另外，美洲印第安人/阿拉斯加本土居民在申請Washington Apple Health (Medicaid)福利時無需上報些許特定收入類型：WAC 182-509-0340中有具體描述。

來自工作的收入： 您本人或您為之提出申請者目前是否已就業？ 否 是

若是如此，請填寫該人姓名、僱主姓名或名稱，以及該僱員**目前**來自工資、薪資或小費收入之月總收入額。切勿於本部分填寫自僱業收入。若很顯然收入會在未來發生變更，您可選擇填寫您的平均收入。依照WAC 182-509-0310中所述，透過計算一段有代表性之時期的平均收入來估算月收入額。

就業者之姓名

僱主姓名或名稱

僱主地址

城市

州

郵遞區號

\$: _____

(扣稅前)月總收入額(工資、薪資、小費、股份有限公司、S型股份有限公司)

此人的僱主是否為其提供醫療保險？ 否 是

若是如此，請列示獲得保險之所有家庭成員

\$: _____

該僱主專為員工提供的最低月保險費為多少？

\$: _____

該僱主為您家庭成員提供的最低月保險費為多少？ *

就業者之姓名

僱主姓名或名稱

僱主地址

城市

州

郵遞區號

\$: _____

(扣稅前)月總收入額(工資、薪資、小費、股份有限公司、S型股份有限公司)

此人的僱主是否為其提供醫療保險？ 否 是

若是如此，請列示獲得保險之所有家庭成員

\$: _____

該僱主專為員工提供的最低月保險費為多少？

\$: _____

該僱主為您家庭成員提供的最低月保險費為多少？ *

就業者之姓名

僱主姓名或名稱

僱主地址

城市

州

郵遞區號

\$: _____

(扣稅前) 月總收入額 (工資、薪資、小費、股份有限公司、S型股份有限公司)

此人的僱主是否為其提供醫療保險? 否 是

若是如此，請列示獲得保險之所有家庭成員

\$: _____

該僱主專為員工提供的最低月保險費為多少？

\$: _____

該僱主為您家庭成員提供的最低月保險費為多少？ *

***即便您不打算為您家中的其他人購買僱主保險，亦需提供該等資訊。您對該等問題的回答不會影響您獲得Apple Health之資格。**

自僱業收入： 您本人或您為之提出申請者目前是否為自僱業? 否 是

若是如此，請輸入自僱業的當前預估每月淨收入額 (支付商業費用之後的盈利)。請參見第ii頁中所列之容許範圍內的營業開支項。若很顯然收入會在未來發生變更，您可選擇填寫您的平均收入。依照WAC 182-509-0370中所述，透過計算一段有代表性之時期的平均收入來估算月收入額。

自僱業者之姓名

公司名稱 (若有則請填寫)

月淨收入額 (切勿於此填寫股份有限公司或S型股份有限公司收入)

自僱業者之姓名

公司名稱 (若有則請填寫)

月淨收入額 (切勿於此填寫股份有限公司或S型股份有限公司收入)

自僱業者之姓名

公司名稱 (若有則請填寫)

月淨收入額 (切勿於此填寫股份有限公司或S型股份有限公司收入)

社保收入： 您本人或您為之提出申請者目前是否獲得社保收入？ 否 是

若是如此，請輸入從社保局收到的退休、殘障或遺屬福利收入。不要報告安全收入津貼(SSI)。

_____	_____
獲得社保者之姓名 (非SSI)	每月總收入額
_____	_____
獲得社保者之姓名 (非SSI)	每月總收入額
_____	_____
獲得社保者之姓名 (非SSI)	每月總收入額

租金收入： 您本人或您為之提出申請者目前是否獲得租金收入？ 否 是

若是如此，請輸入出租房產或個人財產的月收入。請輸入扣除容許範圍內的營業開支後的淨收入。

_____	_____	_____
獲得租金收入者之姓名	財產名稱 (若有則請填寫)	每月淨收入額
_____	_____	_____
獲得租金收入者之姓名	財產名稱 (若有則請填寫)	每月淨收入額
_____	_____	_____
獲得租金收入者之姓名	財產名稱 (若有則請填寫)	每月淨收入額

您將會需要填寫您本人、您的配偶、任何未成年人和抵稅依親者（不論年齡，除非未成年人或抵稅依親者不需要報稅）的目前每月總收入情況。有關如何申報收入之詳情，請流覽wahbexchange.org/how-to-report-income

注意： 美洲印第安人/阿拉斯加本土居民(AI/AN)無需上報被美國國稅局列為應納稅總收入之外的任何AI/AN收入。另外，美洲印第安人/阿拉斯加本土居民在申請Washington Apple Health (Medicaid)福利時無需上報些許特定收入類型：WAC 182-509-0340中有具體描述。

來自工作的收入： 您本人或您為之提出申請者目前是否已就業？ 否 是

若是如此，請填寫該人姓名、僱主姓名或名稱，以及該僱員**目前**來自工資、薪資或小費收入之月總收入額。切勿於本部分填寫自僱業收入。若很顯然收入會在未來發生變更，您可選擇填寫您的平均收入。依照WAC 182-509-0310中所述，透過計算一段有代表性之時期的平均收入來估算月收入額。

_____	_____		
就業者之姓名	僱主姓名或名稱		
_____	_____		
僱主地址	城市	州	郵遞區號
_____	_____	_____	_____
(扣稅前) 月總收入額 (工資、薪資、小費、股份有限公司、S型股份有限公司)			

就業者之姓名

僱主姓名或名稱

僱主地址

城市

州

郵遞區號

(扣稅前) 月總收入額 (工資、薪資、小費、股份有限公司、S型股份有限公司)

就業者之姓名

僱主姓名或名稱

僱主地址

城市

州

郵遞區號

(扣稅前) 月總收入額 (工資、薪資、小費、股份有限公司、S型股份有限公司)

自僱業收入： 您本人或您為之提出申請者目前是否為自僱業？ 否 是

若是如此，請輸入自僱業的當前預估每月淨收入額 (支付商業費用之後的盈利)。請參見第ii頁中所列之容許範圍內的營業開支項。若很顯然收入會在未來發生變更，您可選擇填寫您的平均收入。依照WAC 182-509-0370中所述，透過計算一段有代表性之時期的平均收入來估算月收入額。

自僱業者之姓名

公司名稱 (若有則請填寫)

月淨收入額 (切勿於此填寫股份有限公司或S型股份有限公司收入)

自僱業者之姓名

公司名稱 (若有則請填寫)

月淨收入額 (切勿於此填寫股份有限公司或S型股份有限公司收入)

自僱業者之姓名

公司名稱 (若有則請填寫)

月淨收入額 (切勿於此填寫股份有限公司或S型股份有限公司收入)

社保收入： 您本人或您為之提出申請者目前是否獲得社保收入？ 否 是

若是如此，請輸入從社保局收到的退休、殘障或遺屬福利收入。不要報告安全收入津貼(SSI)。

獲得社保者之姓名 (非SSI)

每月總收入額

獲得社保者之姓名 (非SSI)

每月總收入額

獲得社保者之姓名 (非SSI)

每月總收入額

租金收入： 您本人或您為之提出申請者目前是否獲得租金收入？ 否 是

若是如此，請輸入出租房產或個人財產的月收入。請輸入扣除容許範圍內的營業開支後的淨收入。

獲得租金收入者之姓名	財產名稱 (若有則請填寫)	每月淨收入額
獲得租金收入者之姓名	財產名稱 (若有則請填寫)	每月淨收入額
獲得租金收入者之姓名	財產名稱 (若有則請填寫)	每月淨收入額

7 其他收入

請勿包括托兒費或非養老金之退伍軍人福利金付款。請勾選所有適用選項，並說明該等收入之獲得者、收入金額及次數。

供養費/配偶撫養費	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
年金或養老金	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
資本收益	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
股息或股票	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
農業收入	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
國外收益	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
信託收入	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
利息收入	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
IRA收入	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
其他應稅收入	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
鐵路退休福利	何人: _____	\$: _____	次數: _____

	何人: _____	\$: _____	次數: _____
版權收入	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
應稅部落收入	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
失業補助金	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____

該申請表上未滿19歲之成員或抵稅依親者是否皆會滿足於今年申報聯邦稅之閾值要求?

姓名 _____	否	是
姓名 _____	否	是
姓名 _____	否	是

8 扣除項

該等費用在我們計算某類醫療保險時可減少您的收入金額，就像IRS使用它們來減少您所欠的稅款一樣。若您選擇不回答，仍可能有資格獲得免費或低費用醫療保險。

支付的供養費/配偶撫養費	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
某些可索賠的業務費用	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
教育費用	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
健康儲蓄帳戶供款	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
正式軍事行動之行動成本	何人: _____	\$: _____	次數: _____
	何人: _____	\$: _____	次數: _____
提前取款罰款	何人: _____	\$: _____	次數: _____

	何人： _____	\$： _____	次數： _____
稅前退休賬戶 供款	何人： _____	\$： _____	次數： _____
	何人： _____	\$： _____	次數： _____
自僱健康保險	何人： _____	\$： _____	次數： _____
	何人： _____	\$： _____	次數： _____
自僱退休計劃	何人： _____	\$： _____	次數： _____
	何人： _____	\$： _____	次數： _____
自僱稅	何人： _____	\$： _____	次數： _____
	何人： _____	\$： _____	次數： _____
學生貸款利息	何人： _____	\$： _____	次數： _____
	何人： _____	\$： _____	次數： _____

9

補充資訊

任何申請保險之家庭成員是否需要任何下列服務？

d. 長期照護服務，因為您目前居住在或預計將搬入某個醫療機構，譬如療養院。 否 是

若是如此，請填寫人員的姓名： _____

機構類型： _____

b. 居家看護人？ 否 是 若是如此，請填寫人員的姓名： _____

c. 生活輔助照護服務？ 否 是 若是如此，請填寫人員的姓名： _____

d. 由發育障礙人士服務管理局提供的服務？ 否 是

若是如此，請填寫人員的姓名： _____

e. 臨終關懷？ 否 是 若是如此，請填寫人員的姓名： _____

f. 因健康狀況或殘障而無法工作的醫療保險？ 否 是

若是如此，請填寫人員的姓名： _____

若下列任何一項適用於您的情況，則您可填寫HCA表格18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf):

- 您年滿65歲或以上，或者享受Medicare服務。
- 您對上列a-f中的任何問題回答「是」。
- 您目前申請貧困醫療(MN)或Apple Health殘障僱員醫療保健(HWD)計劃服務。

10

請仔細閱讀，然後簽名

向其他的州與聯邦機構披露資訊：

本人授權Washington Healthplanfinder於最長5年內的每年續保流程期間，透過電子方式核實本人的納稅情況。本人明白，本人可隨時改變該項同意。勾選該方塊，即表示本人容許在本人未採取進一步行動的情況下，將稅項減免套用至本人的年度續保中。

否 是

本人已讀過或已有人向本人解釋過本人的相關權利和責任，並收到客戶權利與責任之複本。

11

聲明與簽名

要申請Washington Apple Health (Medicaid)免費或低收費保險或稅收抵免來降低您的保險費，您須於下方簽名。

本人已閱讀並理解此申請表格中的資訊。本人特此聲明，據我所知，我在此申請表格中所提供的資訊屬實、正確且完整。若有不實之詞，願受偽證罪處罰。

簽名

日期