Washington State Health Care Authority

怀孕青少年健康保险福利申请表格 （针对年龄未满 19 岁的青少年）

Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

名	中间名简写	姓

目前的居住地址*（若无固定住址，请在下面填写邮寄地址。）*

街道名称与门牌号码	城市	州	邮政编码

邮寄地址（*若您愿意让我们将所有邮件都寄送给某位授权代表，请填妥以下内容。）*

街道名称与门牌号码	城市	州	邮政编码

电话号码	**语言及残障人士服务**
首选电话号码：	您在英语的口语和读写方面是否有困难？ ☐ 是 ☐ 否 您是否需要一位口译人员？ ☐ 是 ☐ 否 您是否需要翻译资料？ ☐ 是 ☐ 否
首选语音信箱号码：	您希望使用哪种语言交谈？ _____ 您希望使用哪种语言阅读？ _____

问题 *（您对这些问题的回答不会影响您的福利待遇。）*

您是否为美国公民或者可在美国合法定居的移民？	☐ 是	☐ 否
您是否为美国印地安人或阿拉斯加本土居民？	☐ 是	☐ 否
您是否希望对怀孕保密？	☐ 是	☐ 否
您是否拥有任何在孕期内生成的未付医疗费用？	☐ 是	☐ 否

出生日期*（月/日/年）*	婴儿出生日期*（月/日/年）* *（如果您不知道，请推测。）*	社会安全号码 *（如果您没有社会安全号码，请留白。）*

自愿选择的获授权代表（AREP 系指一位代表；您允许医疗保健计划管理与此位代表交谈您的保险事宜，并（或）接获涉及您的怀孕青少年健康保险福利事宜的邮件。）*若想指定一位自愿选择的获授权代表，请填妥以下内容。*

自愿选择的获授权代表之姓名	组职机构名称	电话号码

街道名称与门牌号码	城市	州	邮政编码

请勾选一项或同时勾选两项： ☐ 请将我的邮件寄送至本人地址。☐ 请将我的邮件寄送至此位自愿选择的获授权代表的地址。

请仔细阅读，然后在下面签名

本人明白：

- 医疗保健计划管理部门或其它的州或联邦机构可对我的状况进行核实。
- 若本人曾要求对上述怀孕保密，则不让其它保险计划为本人经由此项计划获得的服务而支付费用。

声明与签名

本人已经阅读并理解此申请表格中的内容。 本人特此声明，据我所知，我在此申请表格中所提供的情况属实、正确且完整。若有不实之词，愿受伪证罪处罚。

申请人签名	日期