

Medicare 儲蓄計劃申請

填寫申請表之前，請閱讀下列資訊。

根據您的收入，Medicare Savings (MSP) 可以幫助您支付 Medicare 保費或 Medicare 未支付的其他費用，包括自付額、共付保險金和共付額。

有五種方式可提交該申請：

- **郵寄：**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- **傳真：** 1-888-338-7410
- **網上：** washingtonconnection.org
- **電話：** 1-877-501-2233
- **親自遞交：** 投遞至當地社區服務辦公室的郵箱：dshs.wa.gov/office-locations

1

申請人的姓名及聯絡資訊

名字（我本人） 中間名縮寫 姓氏和後綴

客戶 ID 編號（如適用）

您的居住地址 城市 州 郵遞區號

如果您沒有實際住址，則勾選此方塊

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

您本人或您為之提出申請者是否需要口譯服務或接收其他語言的文件？ 否 是

若是如此，請問您需要哪種語言或哪種替代版本或格式？請列出所有適用選項：

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。您提供的資訊不會影響您獲得醫療保險的資格條件。

| | | | |
|----------------|------|----------------|------|
| 姓名 (名, 中間名, 姓) | 先天性別 | 與您的關係 (如配偶、子女) | 出生日期 |
|----------------|------|----------------|------|

| | | | |
|------------|-------------|---|---|
| 社保號 (SSN)* | 您是否想要為此人投保? | 否 | 是 |
|------------|-------------|---|---|

公民或非公民身份: (選擇一項)

| | | | | | |
|------|---|---|--------|---|---|
| 美國公民 | 否 | 是 | 華盛頓州居民 | 否 | 是 |
|------|---|---|--------|---|---|

您是否係西班牙裔或拉美裔? (自願填寫)

| | | |
|-------------|-------------------|------------|
| 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 | |

種族 (自願填寫 – 選擇最多五個適用項)

| | | | |
|-----------------|------|---------|-----|
| 美洲印第安人或阿拉斯加本土居民 | 華人 | 韓國人 | 泰國人 |
| 亞裔 | 菲律賓人 | 寮國人 | 越南人 |
| 亞裔印第安人 | 關島人 | 其他太平洋島民 | 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 | |

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。您提供的資訊不會影響您獲得醫療保險的資格條件

| | | | |
|----------------|------|----------------|------|
| 姓名 (名, 中間名, 姓) | 先天性別 | 與您的關係 (如配偶、子女) | 出生日期 |
|----------------|------|----------------|------|

| | | | |
|-----------|-------------|---|---|
| 社保號(SSN)* | 您是否想要為此人投保? | 否 | 是 |
|-----------|-------------|---|---|

公民或非公民身份: (選擇一項)

| | | | | | |
|------|---|---|--------|---|---|
| 美國公民 | 否 | 是 | 華盛頓州居民 | 否 | 是 |
|------|---|---|--------|---|---|

您是否係西班牙裔或拉美裔? (自願填寫)

| | | |
|-------------|-------------------|------------|
| 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 | |

種族 (自願填寫 – 選擇最多五個適用項)

| | | | |
|-----------------|------|---------|-----|
| 美洲印第安人或阿拉斯加本土居民 | 華人 | 韓國人 | 泰國人 |
| 亞裔 | 菲律賓人 | 寮國人 | 越南人 |
| 亞裔印第安人 | 關島人 | 其他太平洋島民 | 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 | |

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。您提供的資訊不會影響您獲得醫療保險的資格條件。

姓名 (名, 中間名, 姓) 先天性別 與您的關係 (如配偶、子女) 出生日期

社保號(SSN)* 您是否想要為此人投保? 否 是

公民或非公民身份: (選擇一項)

美國公民 否 是 華盛頓州居民 否 是

您是否係西班牙裔或拉美裔? (自願填寫)

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

種族 (自願填寫 – 選擇最多五個適用項)

| | | | |
|-----------------|------|---------|-----|
| 美洲印第安人或阿拉斯加本土居民 | 華人 | 韓國人 | 泰國人 |
| 亞裔 | 菲律賓人 | 寮國人 | 越南人 |
| 亞裔印第安人 | 關島人 | 其他太平洋島民 | 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 | |

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。您提供的資訊不會影響您獲得醫療保險的資格條件。

姓名 (名, 中間名, 姓) 先天性別 與您的關係 (如配偶、子女) 出生日期

社保號(SSN)* 您是否想要為此人投保? 否 是

公民或非公民身份：（選擇一項）

美國公民 否 是 華盛頓州居民 否 是

您是否係西班牙裔或拉美裔？（自願填寫）

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

種族（自願填寫 – 選擇最多五個適用項）

| | | | |
|-----------------|------|---------|-----|
| 美洲印第安人或阿拉斯加本土居民 | 華人 | 韓國人 | 泰國人 |
| 亞裔 | 菲律賓人 | 寮國人 | 越南人 |
| 亞裔印第安人 | 關島人 | 其他太平洋島民 | 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 | |

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。您提供的資訊不會影響您獲得醫療保險的資格條件。

***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。**

4

醫療保險資訊

有資格獲得或正在獲得：Medicare A部份

勾選適用選項。

本人 否 是 Medicare編號 _____

配偶 否 是 Medicare編號 _____

其他 否 是 Medicare編號 _____

有資格獲得或正在獲得：Medicare B部份

勾選適用選項。

本人 否 是 Medicare編號 _____

配偶 否 是 Medicare編號 _____

其他 否 是 Medicare編號 _____

我/我們有其他醫療保險 否 是

若是如此，是什麼保險？為誰投的？

您在過去3個月是否支付了Medicare A部份或B部份保費？ 否 是

若是如此，請告訴我們是哪幾個月

5

收入

請列出您本人和與您同住的配偶的收入（如適用）。列出扣除（如稅或保險）前的收入金額。收入包括，但不限於：

- 工資
- 自僱收入
- 佣金
- 食宿費/租金
- 鐵路福利金
- 社保福利金
- 退伍軍人福利金
- 供養費
- 失業救濟金或工傷賠償金
- 來自部落的收入*
- SSI/公共援助金
- 養老金/退休金
- 分紅和利息
- 其他

*請查看部落收入服務台協助，瞭解您的部落收入是否可計算：
hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

| 姓名 | 僱主或收入來源 | 扣除前的金額 | 次數? |
|----|---------|--------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6

選民登記

該部門提供選民登記服務，包括自動選民登記。

申請登記或拒絕登記投票將不會影響您可能從該機構獲得的服務或福利金額。 若您需要幫助填寫選民登記表，我們將會幫助您。是否尋求或接受幫助完全由您自行決定。您可私下填寫選民登記表。若您認為有人干擾了您的登記或拒絕登記投票權、您決定是否登記或申請登記投票的隱私權，或您選擇自己政黨或其他政治偏好的權利，則可向下列機構提出投訴：

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, 傳送電子郵件至elections@sos.wa.gov, 或撥打1-800-448-4881。

您是否想要登記投票或更新您的投票人登記資料？ 否 是

若您未勾選任一核取方塊，我們將會認為您已決定此時不登記投票，除非您有資格且不拒絕自動選民登記。

除非您於上方勾選「否」，否則您或有資格進行自動選民登記。若您在下次選舉前年滿18歲，您是美國公民，並且DSHS有您的姓名、居住地址和郵寄地址、出生日期、公民身份資訊驗證，以及您的簽名，以證明本申請表中所提供資訊之真實性，則您有資格進行自動選民登記。

您是否想要自動登記投票? 否 是

若您勾選了標有「是」的核取方塊，或者未勾選任何一個核取方塊，並且您符合自動選民登記資格要求，則DSHS將向州務卿辦公室傳送您的資訊，而您將會自動登記投票。

7

請仔細閱讀，然後簽名

本人明白：

- 本人須立即以書面或電話形式向該機構或該機構之指定人員報告本人情況的任何變更。延遲報告或會導致福利金出錯。
- 本人情況有待該機構或其他州或聯邦機構核實。
- 要獲得幫助，本人須依照要求提供證明。該機構或該機構之指定人員可幫助本人獲得證明或聯繫其他人或機構。
- 由於申請並獲得醫療護理福利金，本人將把本人對醫療費用支付義務付款以及與醫療保健相關之任何第三方付款之一切權利皆交予華盛頓州政府。

若要分享意見或提供更多資訊，請附加一張表格。

8

聲明與簽名

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。

申請人簽名

日期

為申請人提供協助之人的簽名（若適用）

組織

日期

HCA和DSHS遵守所有適用的聯邦和華盛頓州民權法，並致力於提供平等的服務。

若需幫助理解或需其他格式或語言的文件，請致電1-877-501-2233。