

## 家庭生育計劃專屬服務申請

<b>您是否有資格獲得家庭生育計劃專屬服務(FPO)?</b>	FPO計劃適用於那些收入不超過聯邦貧困線(FPL) 260%或以下，無資格獲得全範圍Apple Health保險計劃，且沒有其他醫療保險的華盛頓州居民，無論其性別和移民狀況如何。尋求保密家庭生育計劃服務的投保客戶可申請FPO計劃。
<b>涵蓋了那些福利?</b>	福利包括，但不限於： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 家庭生育計劃綜合預防性訪視</li> <li>• 避孕和避孕方法的諮詢、教育、啟動和管理</li> <li>• 宮頸癌篩查</li> <li>• 某些性傳播疾病(STD)和性傳播感染(STI)的檢測和治療</li> <li>• 處方和非處方避孕藥</li> <li>• 滅菌程序</li> </ul>
<b>如何申請?</b>	您可隨時與接受Apple Health的服務提供者申請FPO計劃。
<b>應該如何完成第1部份?</b>	申請人應盡己所知完整填寫該部份。關於申請書第1部份中包含的具體問題的更多資訊，將在本檔案後面提供。
<b>申請時是否提供語言或殘障支援服務?</b>	要獲得其他語言的免費幫助（包括傳譯員或打印資料的翻譯）或殘障人士便利服務，請撥打1-800-562-3022。
<b>可否使用授權代表(AREP)來申請?</b>	AREP是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。
<b>有哪些收入要求?</b>	收入須等於或低於FPL的260%。詳情請流覽 <a href="http://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a> 。
<b>如何確定家庭規模?</b>	家庭規模是依據納稅申報狀態進行確定。家庭成員是指申請人向其納稅，或作為稅務依親者申請納稅的配偶或依親者。如果您沒有報稅，則家庭成員是指住在同一家的配偶或依親者。
<b>是否被視為華盛頓州居民?</b>	華盛頓州居民現時居住並打算居住在華盛頓州，或進入本州尋找工作或帶著工作承諾進入本州。
<b>如果需要保密服務，該怎麼辦?</b>	被保險人可能有資格獲得保密家庭生育計劃服務，前提是您滿足以下條件之一：尋求保密生育計劃服務且年齡在18歲或以下；或者您是家庭暴力的受害者，並在施虐者的健康保險範圍內。
<b>如果有其他保險，該怎麼辦?</b>	如果您有其他保險，則無資格獲得FPO服務，除非您正在尋求保密家庭生育計劃服務。

<p><b>醫療保健計劃管理部(HCA)如何使用您的社保號(SSN)或移民身份資訊?</b></p>	<p>HCA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。HCA不與其他移民機構分享這些資訊。</p> <p>如果您沒有SSN或移民檔案號，則將該等欄位留空。</p>
<p><b>什麼是全範圍Apple Health (Medicaid)，您應該放棄申請它的權利嗎?</b></p>	<p>如果您有資格享受全範圍Apple Health，則您有資格享受所有強制性福利，如住院和門診醫院、家庭健康和醫生服務等，以及可選福利，如處方藥、牙科服務和物理治療。申請全範圍Apple Health (Medicaid)是您最大的利益所在，以便獲得您可能有資格獲得的最大健康福利。關於全範圍Apple Health的詳細資訊，請流覽<a href="https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage">https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage</a>。</p>
<p><b>是否有選民登記資訊?</b></p>	<p>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。申請或拒絕登記投票<b>不會</b>影響本機構提供的服務或福利。您可於<a href="http://vote.wa.gov">vote.wa.gov</a>登記投票或撥打1-800-448-4881訂購選民登記表。</p>
<p><b>您如何及何時知道您的申請狀態?</b></p>	<p>申請將於45天內按收到的順序處理。如果需要其他資訊，我們將透過電話和/或郵件聯繫申請人。一旦處理完畢，將透過郵件傳送批准或拒絕信。有些服務提供者可能會在您等待提交和處理您的申請時提供服務。</p>
<p><b>您能否對資格審定判決進行申訴?</b></p>	<p>是的，如果您不同意HCA、Washington Healthplanfinder或社會福利服務部(DSHS)做出的影響您健康保險資格的判決，您可以於90天內提出申訴。欲知申訴流程之詳情，請流覽<a href="http://hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid">hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid</a>。</p>
<p><b>華盛頓州中還有哪些家庭生育計劃服務?</b></p>	<p>華盛頓州衛生部的家庭生育計劃服務網路提供全範圍的家庭生育計劃服務。有關詳情請流覽<a href="http://doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices">doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices</a>。</p>
<p><b>華盛頓州中還有哪些醫療保險選項?</b></p>	<p>要查閱其他可用的華盛頓州Apple Health計劃，包括為無資格和無證件移民提供的服務，以及懷孕相關的護理，請造訪<a href="http://hca.wa.gov/apple-health">hca.wa.gov/apple-health</a>。</p>
<p><b>您從哪裡獲得更多資訊?</b></p>	<p>詳情請流覽<a href="http://hca.wa.gov/family-planning">hca.wa.gov/family-planning</a>。</p>

## 家庭生育計劃專屬服務申請

您目前是否懷孕？ 是 否 如果您回答「是」，則您沒有資格享受家庭生育計劃服務，但可能有資格享受醫療保險。請於[wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)網上申請

填寫此申請表即表示您僅申請家庭生育計劃服務。

### 1. 申請與聯絡資訊

名字 (使用您的法定全名)		中間名首字母	姓氏		
男性	女性		華盛頓州居民?		
	出生日期	社保號	是	否	
您的居住地		門牌號	城市	州	郵遞區號
郵寄地址		門牌號	城市	州	郵遞區號
家庭電話/手機/首選號碼		辦公電話/留言號碼	我們能按提供的電話號碼與您聯繫嗎?		
			是	否	
電郵地址					
您在英語的口語和讀寫方面是否有困難? 是 否					
您是否需要傳譯員? 是 否 您說什麼語言? _____					

您是否擁有私人醫療保險或Apple Health (Medicaid)保險? 是 否

**如果您回答「是」**，則您沒有資格享受家庭生育計劃服務，除非您滿足下方的某個例外情況：

我正在尋求保密的家庭生育計劃服務，我為18歲或以下；

或者

我是家庭暴力的受害者，我的醫療保險覆蓋了我的施虐者。

(如果您勾選了上方任一方塊，請繼續至第(2)部份)

過去30天內，您是否曾透過[wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)被拒絕了Apple Health (Medicaid)全範圍保險? 是 否

**如果是**，請在這裡停止並移至第(9)部份。如果自從您被拒絕了Apple Health (Medicaid)之後，您的家庭經歷了任何變更，請繼續至第(2)部份完成您的申請。

**如果否**，您必須於[wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org)申請保險 (除非您滿足上方兩個例外情況中的任一個，或者正在知情地選擇不申請全範圍Apple Health (Medicaid))。

**我選擇申請家庭生育計劃專屬保險，並正在知情地選擇不申請全範圍Apple Health (Medicaid)。**

## 2.公民及移民身份

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

如果您是合法居留的非公民，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	居住國家/地區	入境日期	證明文件失效日期

## 3.就業/自僱收入

### 您賺的錢

目前僱主的名稱（第一份工作）	電話號碼
	自僱？ 是    否
稅前月總收入 (和/或自僱的月淨收入)	

### 其他家人賺的錢

目前僱主的名稱（第一份工作）	電話號碼
	自僱？ 是    否
稅前月總收入 (和/或自僱的月淨收入)	

目前僱主的名稱（第二份工作）	電話號碼
	自僱？ 是    否
稅前月總收入 (和/或自僱的月淨收入)	

目前僱主的名稱（第二份工作）	電話號碼
	自僱？ 是    否
稅前月總收入 (和/或自僱的月淨收入)	

如果某個家人目前有兩個以上的僱主，請另附一張紙。

有關如何申報收入的詳情，請流覽[wahbexchange.org/how-to-report-income](http://wahbexchange.org/how-to-report-income)。

## 4.其他家庭收入

每月金額：

誰獲得此收入：

贍養費/配偶贍養費	_____	_____
租金和/或版權收入（淨金額）	_____	_____
社保/鐵路退休福利	_____	_____
失業保險金	_____	_____
退休收入，包括：養老金、年金和/或IRA分配	_____	_____
股息、股票、資本收益、外匯、信託/其他投資收益	_____	_____
應稅部落收入	_____	_____
農業和漁業收入（淨金額）	_____	_____
其他應稅收入	_____	_____

## 5. 家庭扣減金額

每月金額:

誰支付此金額:

贍養費/配偶贍養費 已付

\_\_\_\_\_

供款/IRA或稅前退休帳戶供款

\_\_\_\_\_

學生貸款利息支付

\_\_\_\_\_

軍隊成員的搬家費

\_\_\_\_\_

教育費用

\_\_\_\_\_

健康儲蓄帳戶供款

\_\_\_\_\_

提前取款罰款

\_\_\_\_\_

某些可索賠的業務費用

\_\_\_\_\_

## 6. 納稅申報狀態

您今年的報稅情況如何?      單獨申報      已婚分報      已婚合報

家庭中的稅務依親者      家庭外的稅務依親者      非稅務申報人

您是否合法結婚?

如果是, 請填寫您配偶的法定全名

是      否

\_\_\_\_\_ 名字, 中間名, 姓氏

如果您提交納稅申報表, 則您申報的稅務依親者有多少? \_\_\_\_\_ 如果不是, 則您有多少子女? \_\_\_\_\_

## 7. 最近失業

在過去的90天, 您有沒有辭職或失業?

是      否

如果是, 則公司的名稱: \_\_\_\_\_

就業結束日期: \_\_\_\_\_

在過去的90天, 您的配偶有沒有辭職或失業?

是      否

如果是, 則公司的名稱: \_\_\_\_\_

就業結束日期: \_\_\_\_\_

## 8. 種族/族裔背景

我們請您自願告訴本處您的種族或族裔背景。這項資訊將不用於考慮您是否有資格享受服務。

高加索人

黑人或非裔美國人

越南人/老撾人/柬埔寨人

西班牙裔

美國本土印第安人或阿拉斯加本土居民

其他亞洲人或太平洋島民

其他: \_\_\_\_\_

部落名稱: \_\_\_\_\_

## 9.在下面簽名之前請仔細閱讀

---

我明白：

- HCA可能會要求我證明我所提供的資訊。HCA可能會幫助我獲得證明或為此聯絡其他機構或人士。
- 其他州的機構或聯邦機構可能會審閱我的相關資料。這項資訊將不會向美國海關和移民局(USCIS)披露。
- 由於申請並獲得醫療保險援助，我將把我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。
- 我明白此申請只為生育計劃服務，以防止懷孕。如果我需要其他醫療保險援助，可於Washington Healthplanfinder ([wahealthplanfinder.org](http://wahealthplanfinder.org))上申請。如果我需要財務援助或食品券，可於DSHS社區服務辦公室或Washington Connection ([washingtonconnection.org](http://washingtonconnection.org))上申請。
- **我必須**在15個工作日內回復任何要求提供更多資訊的請求，否則我的申請將被拒絕，我可能會承擔通過我的生育計劃服務提供者辦公室產生的所有費用。

## 10.可選授權代表(AREP)

---

姓名/組織

電話號碼

郵寄地址

門牌號

城市

州

郵遞區號

## 11.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

## 使用下列方法之一將填妥的表格交回醫療保健計劃管理部：

---

- 郵寄：HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- 傳真：1-866-841-2267
- 電話：1-800-562-3022
- 電子郵件：[apple@hca.wa.gov](mailto:apple@hca.wa.gov)