

Apple Health (Medicaid)追溯醫療保險申請

使用本表格申請成人、兒童、家長/看護人或孕婦於申請月份前三個月的任何或全部保險。**譬如：**若您於9月份申請，並於6月、7月和/或8月有醫療賬單，則可申請追溯保險。**僅列出您有醫療賬單的月份。**若對本表格存在疑問，請聯絡醫療保健計劃管理部，電話為1-800-562-3022。若要包含更多家庭成員或提供更多資訊，請附加一張表格。

(本表格不適用於65歲或以上、正享受Medicare或需長期照護保險之人士。)
若對該保險有任何疑問，請撥打DSHS的電話1-877-501-2233。

1

主要申請人/戶主的資料

名字 中間名首字母

姓氏

出生日期

個案當事人ID或社保號

2

追溯保險的資料

列出有醫療賬單並需追溯保險之每位家庭成員的完整姓名。對於每個人，列出有醫療賬單的月份。

第1個人

完整姓名

第1個月份
(年/月)

第2個月份
(年/月)

第3個月份
(年/月)

此人在所有三個月月中是否
皆為華盛頓州居民？

☐是

☐否

若回答否，請列出他們不
是華盛頓州居民的月份

第2個人

完整姓名

第1個月份
(年/月)

第2個月份
(年/月)

第3個月份
(年/月)

此人在所有三個月月中是否
皆為華盛頓州居民？

☐是

☐否

若回答否，請列出他們不
是華盛頓州居民的月份

第3個人

完整姓名

第1個月份
(年/月)

第2個月份
(年/月)

第3個月份
(年/月)

此人在所有三個月月中是否
皆為華盛頓州居民？

☐是

☐否

若回答否，請列出他們不
是華盛頓州居民的月份



13952

對於您指出您有醫療賬單的每個月份，列出每位家庭成員的總月收入 and 扣除額。該等月份須與上方第2部份中列出的月份相符。有些類型的收入或無法計算。詳情請參見 wahbexchange.org/how-to-report-income/。

對於有收入或扣除額的所有家庭成員，於下方填寫收入資訊。請參見第3頁上的可計算收入和扣除類型。

年/月

姓名	收入類型	金額	扣除類型	金額
姓名	收入類型	金額	扣除類型	金額

年/月

姓名	收入類型	金額	扣除類型	金額
姓名	收入類型	金額	扣除類型	金額

年/月

姓名	收入類型	金額	扣除類型	金額
姓名	收入類型	金額	扣除類型	金額

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。

主要申請人簽名	工整填寫姓名	日期
主要申請人簽名	工整填寫姓名	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：

- 傳真：1-866-841-2267
- 郵寄：HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- 電郵：apple@hca.wa.gov

可計算收入的類型

- 來自工作的收入
- 社保
- 自僱
- 失業保險金
- 租金收入
- 贍養費/配偶撫養費
- 年金或養老金
- 農業收入
- 其他應稅收入
- 資本收益
- 外匯
- 信託收入
- 股息或股票
- 利息收入
- 應稅部落收入
- IRA供款
- 版權收入
- 鐵路退休福利

IRS容許扣除額

- 2019年1月1日前法院命令的贍養費/配偶撫養費
- 學生貸款利息
- 教育費用
- 軍隊成員的搬家費
- 健康儲蓄賬戶供款
- 某些可索賠的業務費用
- 自僱健康保險
- 學雜費
- 自僱退休計劃
- 自僱納稅
- 稅前退休賬戶供款
- 提前取款罰款