

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(SSN)：適用於您家中擁有SSN的任何會員（並非所有計劃都要求您擁有SSN）
- 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（適用於是移民並且正在申請醫療保險之家庭成員）
- 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

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。

健康保險之保險費稅收抵免： 可降低您每月支付的保險費的稅收抵免。

Washington Healthplanfinder： 這係一種網上資訊市場，供華盛頓州的個人和家庭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）。

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

医疗保健保险服务的权利与责任

在本文档中：

- **第 1 节** 所有健康保险计划
- **第 2 节** 仅适用于 Washington Apple Health 计划
- **第 3 节** 仅适用于符合条件要求的健康保险计划
- **第 4 节** 提出投诉

1. 所有健康保险计划

您的权利

Washington Health Benefit Exchange 和医疗保健计划管理部必须：

协助您阅读和填写所有必要的表格。 Washington Health Benefit Exchange (HBE) 负责管理 Washington Healthplanfinder，您可以在其中申请和管理健康和牙科保险。如需帮助，您可以联系 Washington Healthplanfinder 客户支持中心，电话：1-855-923-4633。如果您是老年人、盲人、残疾人或需要长期服务和支持 (LTSS)，您可以致电 1-877-501-2233 联系社会福利服务部 (DSHS)。

当您与 HBE、医疗保健计划管理部 (HCA) 或 DSHS 沟通时，**免费且毫不延迟地为您提供口译或笔译服务。** 您可以随时联系我们请求提供口译服务。

使您的个人情况受到保密，但我们可向其它的州或联邦机构披露某些信息，用于资格审核及计划登记目的。请阅读 HBE 的隐私政策 wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html。

如果 HBE 或 DSHS 的某项决定影响到您参加健康保险、LTSS、某项健康计划的资格、所获得的健康保险之保险费税项减免、保费援助或计划成员分担额优惠，而您不同意此项决定，则给予您上诉的机会。提出上诉后，您的个案将接受复审。您可以访问 wahbexchange.org/contact-us/appeals 或致电 1-855-923-4633 联系 Washington Healthplanfinder 客户支持中心，了解有关 HBE 上诉流程的更多信息。有关 DSHS 计划上诉的信息，请致电 1-877-501-2233 联系 DSHS 或访问您当地的居家与社区服务处办公室。如果您就涉及 Washington Apple Health (Medicaid) 保险的某项决定提出上诉，将为您安排一次行政听证会。

公平对待您。歧视是违法的。 HBE 和 HCA 遵守适用的联邦民权法，不因种族、肤色、国籍、年龄、残障或性别而歧视任何人。HBE 和 HCA 不因种族、肤色、国籍、年龄、残障或性别而排斥任何人或区别对待他们。

HBE 和 HCA 遵守适用的州法律，且不会因信仰、性别、性别表达或身份、性取向、婚姻状况、宗教、荣誉退伍军人或军人身份，或残疾人使用受训的导盲犬或服务动物而歧视任何人。

HBE 和 HCA：

- 向残障人士免费提供援助和服务，以便他们能够与我们进行有效沟通，如：
 - 合格的手语翻译员
 - 以其他格式提供的书面信息（大号字体、音频、无障碍电子格式、其它格式）
- 向母语非英语的人士免费提供各种语言服务，如：
 - 合格的口译员
 - 以其他语言书写的信息如果您需要此类服务，请联系 1-855-923-4633。

如果您认为 HBE 或 HCA 未能提供这类服务或通过其他方式歧视您，您可以进行投诉：

- **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
传真：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
传真：1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

您可以亲自提交投诉，或以邮寄、传真或电子邮件的方式提交投诉。如果您在提交投诉方面需要帮助，Washington Health Benefit Exchange Legal Department/HCA Division of Legal Services 可以帮助您。

您还可以通过邮寄、电子邮件、电话或在线方式向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉：

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
电话：1-800-368-1019、800-537-7697 (TDD)
电子邮件地址：**ocrmail@hhs.gov**
在线：**ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

投诉表格可在以下网址获取：**hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

您的责任

您必须提供社会安全号码 (SSN) 或移民文件号（如果有）。如果您没有 SSN 或移民文件，您仍然可以申请健康保险计划，但可能没有资格参加任何提供经济援助的计划。通过确定您的身份、公民身份、移民身份、出生日期和其他可提供的健康保险福利，我们使用此信息核实您的计划参与资格。我们不会与任何移民机构分享此信息。某些税项减免和计划需要 SSN。

如果您没有提供您自己或您家庭成员的 SSN 或移民文件号，我们可能需要与您联系以获取更多信息。在接获相关机构的请求时，请提供确定您是否符合资格所需的任何信息或证明。

您应了解的事项

制定有特定的州和联邦法律，用于规管 Washington Healthplanfinder 系统和州管理下的申请系统的运作、您作为这些系统的使用者所具有的权利和责任，以及您通过使用它们所获得的保险福利。通过使用这些系统，您同意遵守那些适用于它们的使用者及因此而获得的保险服务的法律。

1973 年通过的全国选民登记法案要求各州通过其公共补助部门为选民提供投票登记协助。无论您申请或者谢绝参加投票登记，都不会影响您的承保或福利资格或通过享受我们的机构提供的服务或福利的资格。您可在网站上办理投票登记手续，网址是 **vote.wa.gov**；或者打电话索取选民登记表格，电话号码是 1-800-448-4881。

由于**健康保险机动性与责任制法案 (HIPAA)** 之限制，HBE、HCA 和 DSHS 不得与包括授权代表在内的任何人讨论您或您家任何成员的健康情况；除非该人已获得您的委托授权，或者您已经签署一份同意书，藉以授权披露此类情况。此项规定涵盖对心理健康、艾滋病毒感染、艾滋病、性传染病测试结果，或者酒精或药物依赖症治疗服务等情况的披露。有关 HBE 隐私政策的更多信息，请访问 **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html**

根据**平价医疗法案**，在未获得您同意的情况下，HBE、HCA 和 DSHS 不得将您或您家庭中任何成员的个人识别信息 (PII) 提供给未获授权接受之人。

您向 HBE、HCA 和 DSHS 提供的情况将接受联邦与州府官员之验证核实，以便确定您是否符合健康保险资格。此类验证核实可能包括事后资格审定和机构工作人员的跟进。

如果您开始填写一份 Washington Healthplanfinder 健康保险申请表格，但由于任何原因而未完成此项手续，您的情况将在 Washington Healthplanfinder 系统内保存 90 天，而且您可在在此期间调阅这些情况。如果于 90 天之后您仍未完成申请手续，您的情况将从 Washington Healthplanfinder 系统中删除。

HBE、HCA 和 DSHS 并不负责管理您的健康保险计划。您的健康保险计划承保商可提供相关您保险福利的详细情况。

如果您对健康保险计划规定条款有任何疑问（包括您有资格获得的福利待遇、您的保险计划所规定之实付费用，以及提出保险福利索偿或对拒绝批准福利之决定提出上诉），应该与您的健康保险计划承保商联系。如果在经由 Washington Healthplanfinder 购买的健康保险福利终止之后，您具备《联合多项预算调解法案》(COBRA) 之服务资格，则应由您的雇主负责管理 COBRA 并向您提供必要的 COBRA 计划通知函及计划选择期。

在您从自己选择的保险计划承保商那里接获一封批准公函及一份保单（亦称为保险计划合约或保险证明书）之前，切勿取消任何目前的健康保险或者谢绝任何 COBRA 福利。应确保您理解并同意保单条款，尤其应注意生效日期、等候期、保险费金额、保险福利、限制条款、除外条款，以及追加条款。

2. 仅适用于 Washington Apple Health 计划

您的权利

Washington Health Benefit Exchange 和医疗保健计划管理部必须：

如果询问，则**向您解释您的权利和职责。**

允许您提交一份仅含部分内容的申请书，其中至少包括您的姓名、地址以及签名或申请者授权代表人之签名。我们获得仅含部分内容的申请表格之日就是您的申请日期，该日期可能会影响您的保险生效日期。在您填完申请表格之前，我们不会对您的保险做出最终决定。

允许您使用 WAC 182-503-0005 中列出的任何方法申请或提交仅包含部分内容的申请表格。

立即处理您的申请，不晚于 WAC 182-503-0060 中描述的期限。

我们需要 10 个日历日来审定资格。如果您请求延长时间，我们会给您更多时间。若您不提供有关情况或请求延长时间，我们可以拒绝、停止或改变您的健康保险。

如果您无法获得我们决定您是否合格所需的**任何信息**或证据，**我们将帮助您。**如果我们所要求的证明文件需要您付费才能获取，本处将出面接洽并支付所需的费用。

在多数情形下，于我们减少或停止您的健康保险之前，至少提前 10 天通知您。

在多数情形下，于 45 天之内就您的请求做出书面资格审定决定。涉及某些残障的健康保险福利待遇的个案可能需要最长 60 天时间。我们将在 15 天内给出妊娠期医疗福利的书面决定。

允许您拒绝告知调查员我们是否审计了您的个案。您不必允许调查员进入您家进行调查。您可以请调查员改日再来。这样的请求不会影响您获得健康保险的资格。

在我们决定您是否符合资格获得华盛顿州行政法规 WAC 182-504-0125 所规定之另一项计划服务期间，**继续提供 Washington Apple Health 保险福利**

如果您符合资格，**为您提供获得**华盛顿州行政法规 WAC 182-503-0120 中所述**服务的同等机会。**

您的责任

您必须：

依据华盛顿州行政法规 WAC 182-504-0105 和 WAC 182-504-0110 之**规定**，于发生情况变化之日起 30 天内**报告这些情况变化。**阅读您的批准公函，以了解哪些变更是您必须要报告的。

按照要求**完成续约。**

向医疗服务提供者提供必要的信息以便向我们收取医疗保健服务费用。

如果您有资格，**请申请 Medicare。**

按照要求与 **HCA 人员合作。**

您应了解的事项

由于您申请并获得 Apple Health 医疗福利，您将把您对医疗费用支付义务付款以及与医疗保健有关的任何第三方付款之一切权利都交予华盛顿州政府。

- **该机构可能会**向儿童免疫跟踪记录系统**提供**您孩子的免疫史。
- **您所提供的情况**可能会向 DSHS 报告，用以进行资格审定，并确定例如健康保险福利、现金补助、食物补助及托儿费补贴等计划的每月福利金额。

依据法律，华盛顿州可通过遗产追缴（RCW 41.05A.090、RCW 43.20B.080 和 WAC 182-527）**从您的遗产中追缴曾为某些类型的医疗服务所支付的费用。**遗产追缴将在您去世后、您的在世配偶去世后，以及您的在世子女达到 21 岁或更大后才开始进行。如果在世子女在您去世时是盲人/残疾人，也不会进行遗产追缴。可追缴的费用包括：

- 某些 Washington Apple Health 长期服务和支持，前提是您获得服务时达到 55 岁或更大；
- 某些仅由州资助的服务，且不论您在获得服务时年龄有多大。

您可找到一个遵守 WAC 182-527-2746 费用追缴规定的服务清单。您可找到一个可从 WAC 182-527-2754 追缴规定中排除的资产清单。州机构也可以依据美国法典第 42 篇第 1396p 节规定而提出生前留置权，以便死后追缴费用。属于美国本土印第安人或阿拉斯加本土居民的部落地产可免受遗产追缴法律（华盛顿州行政法规 WAC 182-527-2754）制约。本州可通过销售您的房产或不动产进行追缴，除非：

- 您的配偶在此住宅居住；
- 您的兄弟姐妹在此住宅居住，为共有者，且符合特定条件；
- 您的子女在此住宅居住，且为盲人/残疾人；或
- 您的子女在此住宅居住，且不到 21 岁。

您可找到一个遵守 WAC 182-527-2734 的生前留置权下费用追缴规定的服务清单。

如果您设法让服务提供者提供不必要的医疗保健服务，则会限制您仅从一位服务提供者、一个药房和（或）一个医院获得服务。

3. 仅适用于符合条件要求的健康保险计划

您应了解的事项

如果您经由 Washington Healthplanfinder 加入某项符合资格之健康保险计划，而且您并未提供充分情况用以核实您的资格，您将有 90 天的时间提供进一步的信息以满足资格要求。代您支付的任何税项减免预付款均需进行核对。

如果您有社会安全号码 (SSN)，则必须在申请中提供。如果您没有 SSN，您仍然可以在 Washington Healthplanfinder 上购买健康保险。通过确定您的身份、公民身份、移民身份、出生日期和其他可提供的健康保险福利，我们使用此信息核实是否有资格获得健康保险。我们不会与任何移民机构分享此信息。某些税项减免和计划需要 SSN。

如果您没有提供自己或家庭成员的社会安全号码，我们可能需要与您联系以获取更多信息。

如果您经由 Washington Healthplanfinder 加入某项符合资格之健康保险计划，而且您的收入情况发生变化，则您应该尽早通知我们。收入情况发生变化会影响您有资格享受的税项减免或计划成员分担额优惠。在收入情况发生变化后，您可能有资格享受低收费计划；或者，若您的收入额增加而您未报告此情况变化，可能会要求您偿还您所获得的一部分税项减免。

您可以通过登录您的 Washington Healthplanfinder 帐户并选择“报告变化”来报告收入变化。如需帮助或想通过电话通知我们，请致电我们的客户支持中心：1-855-923-4633。

需要核对税项减免：您必须向 IRS 报告您获得的税项减免。为此，您可以通过提交年度 IRS 纳税申报表并包括正确的 IRS 表格。未向 IRS 报告税项减免将使您在未来无法获得税项减免。有关详情，请阅读 IRS 表格 1095 和 8962 提供的说明。

显示的健康保险费用可能会发生变化：依据健康保险计划承保商的核保方法以及您所选择的任何可行选项，费用可能会发生变化。

所示费率仅适用于您所请求的生效日期。您的保费率取决于您的家庭成员的年龄。如果您的家庭成员的出生日期在您查看计划和您的计划开始的时间（生效日期）之间，您的保费可能会增加。您所选择的承保商可能不对任何时期的费率加以保证。只有在您的保险公司确认收到付款之后，您的保险才会生效。

您同意让华盛顿州就业保障部向 HBE 透露您的工资及就业相关资料。您承认，给予此项同意将有助于简化 Washington Healthplanfinder 申请及重新审定手续。将依据我们的隐私权保护政策规定对您的个人信息加以保护。请查看 HBE 的隐私政策 wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html。

4. 提出投诉

本机构遵守联邦法律和卫生与公共服务部 (HHS) 的政策，并禁止以种族、肤色、原国籍、性别、年龄或身体残障为由，而对任何人进行歧视。若需对歧视行为提出投诉，请联系 HHS。

**Regional Manager,
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**

2201 Sixth Ave. M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
电话：1-800-368-1019
TDD：1-800-537-7697
传真：206-615-2297

您还可以向 HHS 民权办公室提出民权投诉。

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

[Amharic] የጽንፅ 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 ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែប្រភេទសារបោះពុម្ព 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)。

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

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 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, ມີໄວ້ໃຫ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنګ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنګ وھلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

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

[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).

[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 ሓፂሉን ናይ ጽንፅ ሓገዝ ግልጋሎት፣ በዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[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

***不得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

家中是否有人懷孕？ 否 是

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

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。

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

7

配偶或另一位家長（若在您家居住）

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)：

若此人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）

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

您是否係西班牙裔或拉美裔？

<input type="checkbox"/> 古巴人	<input type="checkbox"/> 墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人	<input type="checkbox"/> 非西班牙人/西班牙裔
<input type="checkbox"/> 其他西班牙人/西班牙裔	<input type="checkbox"/> 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）
公民身份：（選擇一項）

<input type="checkbox"/> 美國公民或美國僑民	<input type="checkbox"/> 合法居留美國的非公民	<input type="checkbox"/> 其他
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

社保號(SSN)：

若此人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):

若此人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

10

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)：

若此人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。

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：

4**過去的寄養看護**

目前18-25歲的任何家庭成員是否曾在年滿18歲時接受寄養看護？

否 是

若是如此，請輸入此人的姓名：

5**非美國公民之緊急醫療情況**

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：_____

6**妊娠資訊**

您本人或您的任何家庭成員目前是否懷孕？ 否 是（若有一名以上婦女懷孕或妊娠終止，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：

7

總收入資訊

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（各項扣款前的金額）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： 您本人或您家中的任何人目前是否已就業？ 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，例如季節性工作，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： 您本人或您家中的任何人是否為自僱業？ 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： 您本人或您家中的任何人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： 您本人或您家中的任何人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
------------	--------------	--------

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

8

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

9

扣除項

該等費用在我們計算某類醫療保險時可減少收入金額，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： _____

10

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？

a. 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。

11

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。

12

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