

## 申请

(及了解您是否能够获得帮助费用)

<p>请使用此申请表格查明您有资格获得哪些健康保险福利:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 由 Washington Apple Health 计划 (Medicaid), 包括儿童健康保险计划 (CHIP) 提供的免费或低收费健康保险服务</li> <li>• 一项税项减免, 有助于您支付符合条件要求的健康保险计划的健康保险费</li> <li>• 全部费用、私人的符合条件要求的健康保险计划和牙科计划</li> </ul>
<p>网上快速申请</p>	<p>可在网上快速申请, 网址是 <a href="http://www.wahealthplanfinder.org">www.wahealthplanfinder.org</a></p>
<p>申请所需信息:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 社会安全号码</li> <li>• 出生日期</li> <li>• 外国护照, “A”号码, 或者移民身份号码 (适用于申请健康保险的移民)</li> <li>• 所有须申报纳税之成人及未成年人的收入情况</li> <li>• 相关您家现有健康保险的情况。</li> </ul>
<p>我们为何询问这些情况?</p>	<p>我们需要以下情况, 以便决定您有资格获得哪些健康保险福利。我们将依据法律规定, 以保密方式保存您所提供的情况。</p>
<p>请将您填妥并签署的申请书寄送至:</p>	<p>Washington Healthplanfinder PO Box 946 Olympia, Washington, 98507 或传真至 1-855-867-4467 如果您没有我们要求的全部情况, 则可填写您的姓名、出生日期、签名及地址, 并邮寄至上方的地址。</p>
<p>获得此申请表格填写协助:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 网上方式: <a href="http://www.wahealthplanfinder.org">www.wahealthplanfinder.org</a></li> <li>• 电话: 致电客户支持中心, 电话号码是: 1-855-WAFINDER (855-923-4633) 或 1-855-627-9604 (TTY)</li> <li>• 亲自到访方式: 若需申请表格填写帮助, 请通过客户支持链接搜索导引人员或经纪人, 网址是 <a href="http://www.wahealthplanfinder.org">www.wahealthplanfinder.org</a></li> <li>• 语言或残障: 如需获取免费的母语帮助 (包括口译员或印刷材料的翻译) 或残障人士便利服务, 请致电 1-855-WAFINDER (855-923-4633) 或 1-855-627-9604 (TTY)。</li> </ul>

# 定义

**健康保险之保险费税项减免：** 税项减免可以降低您的月保险费，即您每月为健康保险计划所付的款项。

**Washington Healthplanfinder：** 这是一种网上信息市场，供华盛顿州的个人、家庭及小型企业对各项保险计划进行比较，办理计划登记手续；并获得税项减免、费用分担额优惠以及公立计划服务（例如 Washington Apple Health 计划等）。

**保险费：** 您每个月为健康保险计划支付的款项。即使您未接受任何医疗护理服务，您也必须支付保险费。

**符合条件要求的健康保险计划：** 经由 Washington Healthplanfinder 获得的私人健康保险计划。

**最低基本保险：** 这是个人需要拥有的保险类型，以符合平价医疗法案规定的个人责任要求。这包括个人市场政策、基于工作的保险、Medicare、Medicaid、儿童健康保险计划 (CHIP)、TRICARE 和涵盖 10 项基本健康福利的其他保险。

**基本健康保险福利：** 所有健康保险计划都必须涵盖的 10 种医疗护理服务，像是就诊、住院和处方药。有些福利是免费的，而有些可能有共付额和共付保险费。

**Washington Apple Health 计划：** 这是为符合资格之华盛顿州居民提供的一项公立健康保险计划。在华盛顿州，Medicaid 医疗辅助方案、儿童健康保险计划 (CHIP) 及仅由州府资助的医疗保健计划被统称为 Washington Apple Health 计划。

## 适用于自雇职业者

您可从您的总收入中减去下列容许费用，以便得出您的自雇业净收入额。若需详细内容，请参阅 [www.irs.gov](http://www.irs.gov) 网站上所登载的“税表明细算表 C 或表 F”。部分容许费用列举如下：

- 汽车与卡车开支
- 佣金、小费和合同工
- 损耗
- 折旧贬值
- 雇员福利计划、养老金和分红计划
- 保险（除健康保险之外）和抵押贷款利息
- 法律和专业服务
- 办公费用、租金和租赁
- 财产保险、责任保险或营业中断保险
- 耗材、维修和保养
- 出行、餐食和娱乐
- 水电、税费和许可证
- 工资（减去就业信贷）

## 相关健康保险服务之权利与责任

### 您的权利（我们必须做到） 适用于所有健康保险计划

协助您阅读和填写所有必要的表格。若需协助，您可联络 Washington Healthplanfinder，或者若您 是老年人、盲人、残疾人或需要长期服务和支 持 (LTSS)，您可联络社会福利服务部 (DSHS)。

当您与 Washington Healthplanfinder、医疗保健计 划管理部或 DSHS 进行沟通时，**免费且毫不延迟 地提供口译或笔译服务。**

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。

如果 Washington Healthplanfinder 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 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。您可浏览 Washington Healthplanfinder 的上诉方法网页，并在该网页上找到相关 Washington Healthplanfinder 上诉程序的详细内容， 网址是 <http://www.wahbexchange.org/appeals/>；或者致电 Washington Healthplanfinder 的客户支 持中心，号码是：1-855-923-4633。有关对 DSHS 计划提出上诉的信息，可联络 DSHS 客户服务联 系中心，电话为 1-877-501-2233，或拜访当地的 居家与社区服务处办公室。

如果您就涉及 Washington Apple Health 保险福利 的某项决定提出上诉，而经个案复审后该上诉仍 未得到解决，将为您安排一次行政听证会。

**公平对待您。歧视是违法的。** Washington Health Benefit Exchange/医疗保健计划管理部遵守适用的联 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。Washington Health Benefit Exchange/医疗保健计划管理部不因种族、肤色、国 籍、年龄、残障或性别而排斥任何人或区别对待他 们。

Washington Health Benefit Exchange/医疗保健计划 管理部还遵守适用的州法律，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。

Washington Health Benefit Exchange/医疗保健计划管理 部：

- 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
  - 翻译成其他语言的书面信息

如果您需要这些服务，请致电 1-855-923-4633。

如果您认为 Washington Health Benefit Exchange/医疗保健计划管理部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  
传真至： 1-360-841-7653  
[appeals@wahbexchange.org](mailto: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  
传真至： 1-360-507-9234  
[compliance@hca.wa.gov](mailto: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 法务部/医疗保健计划管理部法律服务处将随时为您服务。

您还可向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉，通过电子方式投诉，网址为：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或通过邮寄或电话的方式投诉：

**U.S. Department of Health and Human Services**  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)。

投诉表可从以下链接获取：

[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)。

## 您的责任（您必须做到） 适用于所有健康保险计划

**SSN 和移民身份披露。**除一些例外情况以外，您必须提供自己或家中任何想要申请健康保险之人的社会安全号码 (SSN) 或移民文件号码。需要 SSN 才能申请健康保险之保险费税项减免。通过确认您的身份、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，我们使用此信息确定您的资格。我们不会与任何移民机构分享此信息。

可为家庭中的某些成员，但不能为其他人申请保险。如果您没有所有家庭成员的 SSN 或移民文件号码，其他人仍可申请并获得保险。例如，即便您自己没有资格获得保险，您仍可为您的孩子申请。申请不会影响您的移民身份或成为永久居民或公民的机会。

我们可为无法证实其在美国有合法身份的人士提供某些 Washington Apple Health 计划。但如果您选择不提供家中某人的 SSN 或移民文件号码，我们需要随访您，获取有关这名非申请人的收入信息。

**在接获相关机构的请求时**，向其提供必要的情况或证明，以便确定您是否符合资格。

## 您应了解的事项 适用于所有健康保险计划

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。

无论您申请或谢绝参加投票登记，都不会影响本机构将为您提供服务或者福利。您可在网站上办理投票登记手续，网址是 [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov)；或者打电话索取选民登记表，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，医疗保健计划管理部 (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 Washington Healthplanfinder 隐私政策的详情，请浏览

<https://www.wahealthplanfinder.org/content/PrivacyPolicy.html>

根据**平价医疗法案**，在未获得您准许的情况下，Washington Healthplanfinder 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 Washington Healthplanfinder 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机构工作人员的随后联系。

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。

Washington Healthplanfinder、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。

您可以通过儿童赡养处 (DCS) 申请儿童赡养义务强制执行服务。

若需索取一份此类服务的申请表格，请转至 [www.childsupportonline.wa.gov](http://www.childsupportonline.wa.gov) 或联系您当地的 DCS 办公室。

## 您的权利（我们必须做到） 仅适用于 Washington Apple Health 计划

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 中列出的任何方法提交申请表或仅包含部分内容的申请表。

立即处理您的申请，不晚于 WAC 182-503-0060 中描述的期限。

给您 10 个日历日的时间提供我们需用来确定是否符合资格的情况。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，将于 45 天之内就您的申请做出书面决定。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（您必须做到）

### 仅适用于 Washington Apple Health 计划

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。

按照要求与服务质量保障人员合作。

当您申领或领取 Washington Apple Health 保险福利时，应设法申请并付出合理努力从其它来源获得潜在的收入。

## 您应了解的事项

### 仅适用于 Washington Apple Health 计划

由于您申请并获得 Washington 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循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，前提是您在获得服务时达到 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。

如果您变成永久制度化 (WAC 182-527-2834)，本州可对您的不动产提出生前留置权。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。

您可以找到一个遵循 WAC 182-527-2734 的费用追缴规定的服务列表。

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。**

## 您应了解的事项

### 仅适用于符合条件要求的健康保险计划

**我们验证您的信息：**我们确认您申请表上的信息与联邦数据库中的一致。如果您在申请表上填写的信息与联邦数据库的不相符，您将有 95 天来提供相关证明。未能回复我们的要求有可能导致您的保险或税收抵免终止。您有责任回复我们的要求，如有任何疑问请联系我们，并在最终期限之前回复。

**社会安全号 (SSN)：**您需要将家中有社会安全号的家人的社会安全号提供给我们。如果某人没有社会安全号，他们仍有可能获得健康保险服务。

**立即报告收入变更：**您在申请表上填写的收入是您认为您在当年所赚金额的预估值。当您的收入变更时，应更新您的预估金额。收入变更有可能会改变税收抵免资格，及改变您的可扣减金额和费用分摊减少金额。请尽可能准确地预估您的收入并迅速报告所有重大变更。

**需要协调税收抵免：**您需要向 IRS 报告您获得税收抵免。为此，您可填写年度 IRS 报税表并包含正确的 IRS 表格。如果未能向 IRS 报告税收抵免，您将无法在未来获得税收抵免。有关详情，请阅读与 IRS 表格 1095 和 8962 一同提供的说明。

**显示的健康保险费用可能会改变：**依据健康保险商的背书做法以及您所选的任何可用选项，费用可能会改变。



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

[Amharic] የቋንቋ 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 စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပီအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកស្រាយផ្ទាល់មាត់ និង ការបកស្រែងសារពេទ្យ គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរស័ព្ទរថ្ងៃទៅលេខ 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)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການຄ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ດຳລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

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

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[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).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 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] ተርጓሚትን ናይ ዝተሓሓዱ ማተርያላት ትርጉምን ኣብሉ ናይ ቋንቋ ኣገዛ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይውልዱ።

[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).



# 健康保险福利申请表

## 第一部分

主申请人的姓名及联系信息				
名、中间名缩写、姓及称呼		出生日期 (月/日/年)	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
获主申请人授权之代表签名 (必须填写) X _____		社会安全号码 _____		
您是否有家庭住址? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 您仍需填写一个邮寄地址。				
若为否, 您愿意在哪个县接受医疗保健服务? _____				
您的居住地址		城市	县	州 邮政编码
邮寄地址 (若与上不同则请填写)		城市	州	邮政编码
主要电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 工作电话		次要电话号码 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 工作电话		电子邮件地址
Washington Healthplanfinder 可能需要与您联系, 以便说明对您申请的审批情况, 或者请您提供其它情况。您愿意采用哪种联系方式? <input type="checkbox"/> 电话方式 <input type="checkbox"/> 电子邮件方式 <input type="checkbox"/> 美国邮政局邮寄方式				
语言信息				
您本人或您为之提出申请者是否希望获得口译服务, 并希望收到其它文本的文件, 而非英语文件? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 请问您需要哪种语言或哪种替代版本或格式? 请列出所有适用选项: _____				
怀孕信息				
家中是否有人怀孕? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				

HCA 18-001P CH (10/19) Chinese



18001

## 授权代表的相关信息

1. 获授权代表 (AREP) 是指一位相当熟悉有关家庭状况的成人，此人获得该家庭的授权，并代表该家庭就资格问题采取行动。这不同于与导引人员或经纪人合作的情况。
2. 如果申请人因健康状况而无法指定 AREP，其可通过于 [www.dshs.wa.gov/authorized-rep-form](http://www.dshs.wa.gov/authorized-rep-form) 上填写授权代表指定表格 (DSHS 14-532) 指定自己为 AREP。
3. 指定代表并授予其权利则表示您允许您的获授权代表：
  - 代您签署申请表格；
  - 接获相关您申请及账户的通知函；并且
  - 代表您就相关您申请及账户的所有事宜采取行动。
  - a. 您是否正在指定授权代表？  否  是
  - b. 您是否愿意让您的获授权代表接获相关您申请及账户的通知函？  否  是

该位获授权代表之姓名/组织名称

电话号码

该位获授权代表之邮寄地址

电子邮件地址

## 您的家庭情况

若您要报税的话，您的申请中必须填写以下个人：您的配偶、与您共同生活的子女、与子女共同生活在一起的所有父母以及其他任何您想要为其申报联邦所得税的人员。（使用第 3 至 第 7 页来分享有关您家庭的信息）

若您想以某人的抵税依亲者的身份报税，则必须填写所纳税家庭中的所有成员，包括您和与您共同生活的任何家庭成员。

您无需报税以申请健康保险福利。

主申请人（本人）			
名	中间名缩写	姓	出生日期（月/日/年）
此人是否申请健康保险 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	与您的关系 <b>本人</b>
（对于不申请保险的个人，可自行选择是否提供社会安全号码 (SSN) 或公民身份）			
美国公民或非美国公民身份：（请勾选一项） <input type="checkbox"/> 美国公民或美国侨民 <input type="checkbox"/> 在美国合法居住之非美国公民 <input type="checkbox"/> 其他			
社会安全号码 (SSN): _____			
若为在美国合法居住之非美国公民，请填写以下内容：			
外国护照号： □□□□□□□□□□		签发国： _____	
加入日期： □□ / □□ / □□□□		证件过期日： □□ / □□ / □□□□	
包括证件类型、您的外籍居民登记“A”号码和收据号码或其他移民身份号码：			
移民证件类型： _____	“A”号码： □□□□□□□□□□	收据号码或其他号码： □□□□□□□□□□	
本年的预计申报纳税身份（请选择一项）			
<input type="checkbox"/> 单身报税	<input type="checkbox"/> 申请中的依存报税的成员		
<input type="checkbox"/> 户主	<input type="checkbox"/> 未在申请中的依存报税的成员		
<input type="checkbox"/> 有受供养子女的孀居或鳏居人员	<input type="checkbox"/> 没有申报纳税也不是抵税依亲者		
<input type="checkbox"/> 已婚夫妇分别报税			
<input type="checkbox"/> 已婚夫妇联合报税：			
第一报税人的姓名：_____			
您去年的申报纳税身份是否和以上列出的本年度一样？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
若非如此，请列出去年的申报纳税身份：_____			
（您对该问题的答案不会影响您获得 Apple Health 福利的资格）			
如果您准备于本日历年的 11 月 1 日至 12 月 31 日期间提交此申请表格，据您预计，明年您的申报纳税身份是否将与今年相同？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
种族/族裔代码（自愿填写 - 请勾选所有适用选项）			
若为美国印第安人或阿拉斯加本土居民，请勿填写种族或族裔情况。			
<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人或美籍非裔 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 土著夏威夷人 <input type="checkbox"/> 太平洋群岛居民 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他			
您是美国印第安人或阿拉斯加本土居民吗？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

配偶或另一位家长（若在您家居住）			
名	中间名缩写	姓	出生日期（月/日/年）
此人是否申请健康保险 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	与您的关系（例如配偶、同居伴侣、伴侣）
（对于不申请保险的个人，可自行选择是否提供社会安全号码 (SSN) 或公民身份）			
美国公民或非美国公民身份：（请勾选一项） <input type="checkbox"/> 美国公民或美国侨民 <input type="checkbox"/> 在美国合法居住之非美国公民 <input type="checkbox"/> 其他			
社会安全号码 (SSN): _____			
若为在美国合法居住之非美国公民，请填写以下内容：			
外国护照号： □□□□□□□□□□		签发国： □□□□□□□□	
加入日期： □□ / □□ / □□□□		证件过期日： □□ / □□ / □□□□	
包括证件类型、您的外籍居民登记“A”号码和收据号码或其他移民身份号码：			
移民证件类型： □□□□□□□□□□	“A”号码： □□□□□□□□□□	收据号码或其他号码： □□□□□□□□□□	
本年的预计申报纳税身份（请选择一项）			
<input type="checkbox"/> 单身报税		<input type="checkbox"/> 申请中的依存报税的成员	
<input type="checkbox"/> 户主		<input type="checkbox"/> 未在申请中的依存报税的成员	
<input type="checkbox"/> 有受供养子女的孀居或鳏居人员		<input type="checkbox"/> 没有申报纳税也不是抵税依亲者	
<input type="checkbox"/> 已婚夫妇分别报税			
<input type="checkbox"/> 已婚夫妇联合报税：			
第一报税人的姓名：_____			
您去年的申报纳税身份是否和以上列出的本年度一样？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
若非如此，请列出去年的申报纳税身份：_____			
（您对该问题的答案不会影响您获得 Apple Health 福利的资格）			
如果您准备于本日历年 11 月 1 日至 12 月 31 日期间提交此申请表格，据您预计，明年您的申报纳税身份是否将与今年相同？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
种族/族裔代码（自愿填写 - 请勾选所有适用选项）			
若为美国印第安人或阿拉斯加本土居民，请勿填写种族或族裔情况。			
<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人或美籍非裔 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 土著夏威夷人 <input type="checkbox"/> 太平洋群岛居民 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他			
您是美国印第安人或阿拉斯加本土居民吗？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

**(1.)列出子女/抵税依亲者/其他家庭成员**

名	中间名缩写	姓	出生日期（月/日/年）
---	-------	---	-------------

此人是否申请健康保险 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	与您的关系（例如子女、孙子女、侄子或外甥、侄女或外甥女、兄弟姊妹）
--	---	-----------------------------------

（对于不申请保险的个人，可自行选择是否提供社会安全号码 (SSN) 或公民身份）  
美国公民或非美国公民身份：（请勾选一项）  美国公民或美国侨民  在美国合法居住之非美国公民  其他

社会安全号码 (SSN): \_\_\_\_\_

若为在美国合法居住之非美国公民，请填写以下内容：

外国护照号： □□□□□□□□□□	签发国： _____
----------------------	---------------

加入日期： □□ / □□ / □□□□	证件过期日： □□ / □□ / □□□□
-------------------------	--------------------------

**本年的预计申报纳税身份（请选择一项）**

<input type="checkbox"/> 单身报税	<input type="checkbox"/> 申请中的依存报税的成员
<input type="checkbox"/> 户主	<input type="checkbox"/> 未在申请中的依存报税的成员
<input type="checkbox"/> 有受供养子女的孀居或鳏居人员	<input type="checkbox"/> 没有申报纳税也不是抵税依亲者
<input type="checkbox"/> 已婚夫妇分别报税	
<input type="checkbox"/> 已婚夫妇联合报税：	

第一报税人的姓名： \_\_\_\_\_

您去年的申报纳税身份是否和以上列出的本年度一样？  否  是  
若非如此，请列出去年的申报纳税身份： \_\_\_\_\_  
**（您对该问题的答案不会影响您获得 Apple Health 福利的资格）**

如果您准备于本日历年的 11 月 1 日至 12 月 31 日期间提交此申请表格，据您预计，明年您的申报纳税身份是否将与今年相同？  否  是

种族/族裔代码（自愿填写 - 请勾选所有适用选项）  
若为美国印第安人或阿拉斯加本土居民，请勿填写种族或族裔情况。  
 白人  黑人或美籍非裔  亚裔  土著夏威夷人  太平洋群岛居民  西班牙裔或拉美裔  其他

您是美国印第安人或阿拉斯加本土居民吗？  否  是

**(2.)列出子女/抵税依亲者/其他家庭成员**

名	中间名缩写	姓	出生日期（月/日/年）
---	-------	---	-------------

此人是否申请健康保险 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	与您的关系（例如子女、孙子女、侄子或外甥、侄女或外甥女、兄弟姊妹）
--	---	-----------------------------------

（对于不申请保险的个人，可自行选择是否提供社会安全号码 (SSN) 或公民身份）

美国公民或非美国公民身份：（请勾选一项）  美国公民或美国侨民  在美国合法居住之非美国公民  其他

**社会安全号码 (SSN):** \_\_\_\_\_

若为在美国合法居住之非美国公民，请填写以下内容：

外国护照号： □□□□□□□□□□	签发国： _____
----------------------	---------------

加入日期： □□ / □□ / □□□□	证件过期日： □□ / □□ / □□□□
-------------------------	--------------------------

包括证件类型、您的外籍居民登记“A”号码和收据号码或其他移民身份号码：

移民证件类型： _____	“A”号码： □□□□□□□□□□	收据号码或其他号码： □□□□□□□□□□
------------------	----------------------	--------------------------

**本年的预计申报纳税身份（请选择一项）**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 单身报税           | <input type="checkbox"/> 申请中的依存报税的成员    |
| <input type="checkbox"/> 户主             | <input type="checkbox"/> 未在申请中的依存报税的成员  |
| <input type="checkbox"/> 有受供养子女的孀居或鳏居人员 | <input type="checkbox"/> 没有申报纳税也不是抵税依亲者 |
| <input type="checkbox"/> 已婚夫妇分别报税       |   |
| <input type="checkbox"/> 已婚夫妇联合报税：      |   |

第一报税人的姓名： \_\_\_\_\_

您去年的申报纳税身份是否和以上列出的本年度一样？  否  是

若非如此，请列出去年的申报纳税身份： \_\_\_\_\_

**（您对该问题的答案不会影响您获得 Apple Health 福利的资格）**

如果您准备于本日历年 11 月 1 日至 12 月 31 日期间提交此申请表格，据您预计，明年您的申报纳税身份是否将与今年相同？  否  是

种族/族裔代码（自愿填写 – 请勾选所有适用选项）

若为美国印第安人或阿拉斯加本土居民，请勿填写种族或族裔情况。

白人  黑人或美籍非裔  亚裔  土著夏威夷人  太平洋群岛居民  西班牙裔或拉美裔  其他

您是美国印第安人或阿拉斯加本土居民吗？  否  是

<b>(3.)列出子女/抵税依亲者/其他家庭成员</b>			
名	中间名缩写	姓	出生日期 (月/日/年)
此人是否申请健康保险 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	与您的关系 (例如子女、孙子女、侄子或外甥、侄女或外甥女、兄弟姐妹)
(对于不申请保险的个人, 可自行选择是否提供社会安全号码 (SSN) 或公民身份)			
美国公民或非美国公民身份: (请勾选一项) <input type="checkbox"/> 美国公民或美国侨民 <input type="checkbox"/> 在美国合法居住之非美国公民 <input type="checkbox"/> 其他			
社会安全号码 (SSN): _____			
若为在美国合法居住之非美国公民, 请填写以下内容:			
外国护照号: □□□□□□□□□□		签发国: _____	
加入日期: □□ / □□ / □□□□		证件过期日: □□ / □□ / □□□□	
包括证件类型、您的外籍居民登记“A”号码和收据号码或其他移民身份号码:			
移民证件类型: _____	“A”号码: □□□□□□□□□□	收据号码或其他号码: □□□□□□□□□□	
<b>本年的预计申报纳税身份 (请选择一项)</b>			
<input type="checkbox"/> 单身报税	<input type="checkbox"/> 申请中的依存报税的成员		
<input type="checkbox"/> 户主	<input type="checkbox"/> 未在申请中的依存报税的成员		
<input type="checkbox"/> 有受供养子女的孀居或鳏居人员	<input type="checkbox"/> 没有申报纳税也不是抵税依亲者		
<input type="checkbox"/> 已婚夫妇分别报税			
<input type="checkbox"/> 已婚夫妇联合报税: 第一报税人的姓名: _____			
您去年的申报纳税身份是否和以上列出的本年度一样? 若非如此, 请列出去年的申报纳税身份: _____ (您对该问题的答案不会影响您获得 Apple Health 福利的资格)			
如果您准备于本日历年 11 月 1 日至 12 月 31 日期间提交此申请表格, 据您预计, 明年您的申报纳税身份是否将与今年相同? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
种族/族裔代码 (自愿填写 - 请勾选所有适用选项) 若为美国印第安人或阿拉斯加本土居民, 请勿填写种族或族裔情况。			
<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黑人或美籍非裔 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 土著夏威夷人 <input type="checkbox"/> 太平洋群岛居民 <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他			
您是美国印第安人或阿拉斯加本土居民吗? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

如需包括更多家人, 请在一张纸上附上每个人的上述所需信息。



## 您的家庭情况

### 美国印第安人或阿拉斯加本土居民相关信息

美国印第安人与阿拉斯加本土居民可能有资格获得 Washington Apple Health 计划 (Medicaid 医疗辅助方案) 之特殊承保服务, 并经由 Washington Healthplanfinder 获得特殊福利。若您为之提出申请者中无美国印第安人或阿拉斯本土居民, 则忽略此部分。如果您为之提出申请者中有任何人是美国本土印第安人或阿拉斯加本土居民, 则请为每个人填写下表。

信息提供者	部落名称 <sup>1</sup>	联邦认可的印第安人部落成员、群体成员、印第安城镇成员、印第安村落成员; 阿拉斯加本土居民之地区或村庄企业的股东
		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

### 住处

华盛顿州居民是指目前在华盛顿州居住者, 有意在华盛顿州定居, 包括无固定地址的人士; 或者来本州但没有工作承诺的人士, 或者来本州求职者。

每一位健康保险福利申请者是否都是华盛顿州居民? 否 是

若非如此, 请列明任何非本州居民者: \_\_\_\_\_

### 烟草使用

在过去 6 个月中, 此申请上的任何家庭成员是否定期使用烟草产品? 否 是

若是如此, 请填写其姓名: \_\_\_\_\_

(您对该问题的答案不会影响您获得 Apple Health 福利的资格)

### 患有残障的依亲成人

残障成年子女是指因患残障而无法就业, 必须依赖家庭成员支持的个人。

您是否有 26 岁以上的残障依亲成年子女? 否 是

若是如此, 请填写其姓名: \_\_\_\_\_

### 拘留和监禁相关情况

1. 您本人或您为之提出申请的某人是否在监狱服刑? 否 是

2. 若是如此, 请填写其姓名: \_\_\_\_\_

3. 指控处置是否待决? 否 是

4. 释放日期是否在 30 天之内? 否 是

## 选民登记

如果您尚未在现住址登记投票，您是否愿意在此申请办理选民登记手续？ 否 是

若您选择“是”，您将收到一份选民登记表。

无论您是申请或谢绝参加选民登记，都不会影响您获得福利的资格或者金额。

若您在填写选民登记表时需要帮助，您可以通过华盛顿的免费选民登记热线 1-800-448-4881 获得帮助。是否寻求或接受帮助完全由您自行决定。您将以保密形式填写申请。

如果您认为有人干涉您行使或不行使选民登记权利，并干涉您依个人意愿而决定是否登记或申请登记投票的隐私权，您可向以下机构提出投诉：Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504，电子邮箱为 [elections@sos.wa.gov](mailto:elections@sos.wa.gov)，或致电 1-800-448-4881。

## 申请加入符合条件要求的健康保险计划人士之签名

**停止：**您可能有权享受免费或低费用保险服务。如果您不想您的收入被考虑并愿意加入符合条件要求的健康保险计划 (QHP)，请在此签名并提交申请表。您将全额支付您的健康保险费用，且无需填写申请表格的第 2 部分。

我已经读过或者已经有人向我解释过本人的权利与责任。

通过在此申请表格上签名，您同意 Washington Healthplanfinder 与其他州和联邦机构分享您的信息。

签名\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_

**继续：**若要申请 Washington Apple Health (Medicaid) 或税收抵免来降低您的保费，您必须填写申请表格的第 2 部分。

## 第二部分

健康保险情况				
除了 Washington Apple Health 计划 (Medicaid 医疗辅助方案或儿童健康保险计划 (CHIP)) 以外, 您本人或您为之提出申请者是否还有其它健康保险? (例子包括私人保险或由雇主保险、Medicare 联邦医疗保险方案、退伍军人福利、和平团保险服务以及 Tri-Care 计划服务) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 请在下表中填写相关内容。如果不止一人有其它健康保险, 请加页填写。				
保险公司名称或者雇主姓名或名称	保单号码	团体保险号码	保单持有人/雇员姓名	保单持有人的出生日期
列出此计划下涵盖的所有家人: _____ _____				
雇主赞助的保险				
您的雇主是否提供健康保险? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (若是如此, 请在上表中填写雇主信息)。要想自己参加费用最低的计划, 您会花费多少? (不包括家人的费用) 每月一次计划费用: \$ _____ 支付频率 (例如: 两周、每月、每年)? _____ (您对该问题的答案不会影响您获得 Apple Health 福利的资格)				
子女的健康保险				
如果您不准备为子女申请保险福利, 则请略过此问题, 并继续下一部分 (尚欠医疗费用账单情况) 内容。 您的健康保险是否承保您的子女? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 请填写子女的姓名: _____				
在最近四个月内, 您是否曾停止过您 19 岁以下子女的健康保险? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此, 请问该健康保险于何时停止? _____				

### 尚欠医疗费用情况

您本人或您为之提出申请者是否需要协助，以便支付于当月之前最近三个月中任何一个月内接受服务的尚欠医疗费用账单？  否  是

若是如此，请输入姓名：\_\_\_\_\_

### 非美国公民之紧急医疗情况

即便是您因自己的移民身份而没有资格享受其他保险，您或您的家人仍可能有资格获得有限的紧急医疗保险。

请勾选所有适用于您为之提出申请的非美国公民者选项方框，并在指定栏位内填写其姓名

曾于当月或此前三个月内曾接受过紧急病症治疗服务：何人：\_\_\_\_\_

需要透析或癌症治疗：何人：\_\_\_\_\_

因器官移植需要抗排斥药物：何人：\_\_\_\_\_

需要护养院照护服务、辅助生活服务或居家照护服务：何人：\_\_\_\_\_

### 妊娠情况

您本人或您的任何家庭成员目前是否怀孕？  否  是（如果有一名以上妇女怀孕，请在第二行填写。）若是，

请填写姓名：\_\_\_\_\_ 预产期：\_\_\_\_\_ 预产子数：\_\_\_\_\_

请填写姓名：\_\_\_\_\_ 预产期：\_\_\_\_\_ 预产子数：\_\_\_\_\_

### 总收入情况

此部分内容有助于我们确定您家调整后的总收入额 (MAGI)。就大部分健康保险计划而言，在决定您是否仍符合计划资格时，MAGI 收入额是必要依据之一。请为您为其提出申请的每一位家庭成员回答下列问题，并请您尽量准确回答。仅填写有关所列收入类型的情况。

您将需要填写您自己、您的配偶、任何未成年人和抵税依亲者（不论年龄，除非未成年人或抵税依亲者将不需要报税）的目前每月总收入情况。有关如何申报收入的详情，请浏览 [www.wahbexchange.org/how-to-report-income](http://www.wahbexchange.org/how-to-report-income)

**注意：**美国印第安人/阿拉斯加本土居民 (AI/AN) 无需上报被美国国税局列为应纳税总收入之外的任何 AI/AN 收入。此外，美国印第安人/阿拉斯加本土居民在申请 Washington Apple Health (Medicaid) 福利时无需上报某些特定收入类型：WAC 182-509-0340 中有具体描述。

**来自工作的收入：**您本人或您为之提出申请者目前是否已就业？ 否 是  
若是如此，请填写该人的姓名、雇主的姓名或名称，以及该位雇员 *目前* 来自工资、薪资或小费收入之月总收入额。切勿在此部分填写自雇业收入。如果很显然收入会在未来发生改变，您可以选择填写您的平均收入。按照 WAC 182-509-0310 中所述，通过计算一个有代表性的时期的平均收入来估算月收入额。

就业者姓名	雇主姓名或名称	雇主地址 (包括城市、州与邮政编码)	(扣税之前的)月总收入额 (工资、薪资、小费、股份有限公司、S型股份有限公司)

**自雇业收入收入：**您本人或您为之提出申请者目前是否为自雇业？ 否 是  
若是如此，请输入自雇业的当前预估每月净收入额（支付商业费用之后的盈利）。请参阅第 ii 页中所列的允许范围内的营业开支项。如果很显然收入会在未来发生改变，您可以选择填写您的平均收入。按照 WAC 182-509-0370 中所述，通过计算一个有代表性的时期的平均收入来估算月收入额。

**注意：**若您对该问题的答案为“是”，则表示您同意根据机构要求提供有关收入及支出的额外文件。

自雇业者姓名	公司名称 (若有则请填写)	月净收入额 (切勿在此填写股份有限公司或S型股份有限公司收入)

**社会安全收入：**您或您为之申请的任何人是否当前获得社会安全收入？ 否 是  
若是如此，请输入社会安全局为退休、残疾或幸存者福利所发放的收入。不要报告补充的社会安全 (SSI) 收入。

获得社会安全 (非 SSI) 者的姓名	每月总收入

**租金收入：**您或您为之申请的任何人是否当前获得租金收入？ 否 是

若是如此，请输入来自租出房产或私人财产所获得的月收入。输入扣除允许的营业费用后的净收入。

获得租金收入者的姓名	财产名称 (如果有)	每月净收入

## 其它收入

切勿包括托儿费或非养老金之退伍军人福利金。请勾选所有适用选项，并说明此类收入的获得者、收入方式及次数。

<input type="checkbox"/> 供养费/配偶赡养费	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 年金或养老金	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 资本收益	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 股息或股票	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 农场收入	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 国外所得收入	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 信托收入	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 利息收入	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> IRA收入	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 其他可申报收入	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 铁路工人退休金	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 版税收入	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 可申报部落收入	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 失业福利金	何人 何人	\$ \$	次数 次数

此申请表上的未满 19 岁或税务依亲者成员是否将符合阈值要求来申报今年的联邦税？

姓名  否  是

姓名  否  是

姓名  否  是

## 抵扣项

这些费用在我们计算某类健康保险时可减少您的收入金额，就像 IRS 使用它们来减少您所欠的税款一样。如果您选择不回答，您可能仍有资格获得免费或低费用健康保险。

请在下面列明您在报税单中所填写的任何税额减免项。所允许的抵扣项包括：

<input type="checkbox"/> 供养费/配偶赡养费	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 某些可申报的营业费用	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 家庭生产活动	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 教师费用	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 健康保险节省账户供款	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 官方军事行动的迁居费用	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 提前支取储蓄缴纳的罚款	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 税前退休账户供款	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 自雇业医疗保险保费	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 自雇业退休计划	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 自雇业税费	何人 何人	\$ \$	次数 次数
<input type="checkbox"/> 学生贷款利息	何人 何人	\$ \$	次数 次数



## 补充情况

是否有任何申请保险的成员需要任何下列服务？

- a. 长期照护服务，因为您目前居住在或预计将搬入某个医疗机构，例如护养院。 否 是 若是如此，请列出相关人士的姓名：\_\_\_\_\_ 机构类型：\_\_\_\_\_
- b. 居家看护人？ 否 是 若是如此，请列出相关人士的姓名：\_\_\_\_\_
- c. 辅助生活照护服务？ 否 是 若是如此，请列出相关人士的姓名：\_\_\_\_\_
- d. 经由发展残障服务处提供用的服务？ 否 是 若是如此，请列出相关人士的姓名：\_\_\_\_\_
- e. 晚期病人安宁疗护？ 否 是 若是如此，请列出相关人士的姓名：\_\_\_\_\_
- f. 因健康状况或残疾导致无法工作而获得医疗保险？ 否 是 若是如此，请列出相关人士的姓名：\_\_\_\_\_

如果下列任何一项适用于您的情况，则您必须填妥 HCA 表格 18-005

([www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf](http://www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf)):

- 您年满 65 岁或以上，或者享受 Medicare 联邦健康保险方案服务。
- 您曾对上列问题 a 至 f 中的任何问题回答“是”。
- 您目前申请医疗亟需补助 (MN) 或残障雇员医疗保健 (HWD) 计划服务。

## 仔细阅读，然后签名

向其它的州与联邦机构披露情况：

本人授权 Washington Healthplanfinder 在最长 5 年内的每年续保流程期间通过电子方式核实本人的纳税情况。本人明白，本人能够随时改变此项同意。勾选此方框，即表示本人允许在本人未采取进一步行动的情况下将税项减免应用到本人的年度续保中。

否 是

本人已经读过或者已经有人向本人解释过本人的相关权利和责任，并收到一份个案 *当事人权利与责任书*。

## 声明与签名

要申请 Washington Apple Health (Medicaid) 免费或低价保险或税收抵免来降低您的保费，您需要在下方签名。

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。

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_