

申請私人健康保險

立即透過
**COVERED
CALIFORNIA™**
申請

您負擔得起的健康保險的站點

詳見內文

申請須知	1
申請表	2-13
附錄 A-C	14-18
常見問題	19-22



Covered California 是一個能讓個人和家庭獲得負擔得起的健康保險的場所。

加州政府創建 Covered California™，以幫助您和您的家人獲得健康保險。

擁有健康保險讓您無後顧之憂，使您身體保持健康。有了保險，您和您的家人可以在需要時獲得健康護理。

透過這份私人健康保險申請表瞭解您是否有資格透過 Covered California 獲得以下保險選項：

➔ 即使您的家庭成員目前已有保險，您仍可以透過此申請表來為他們申請負擔得起的健康保險。

如果您認為自己有資格 (1) 獲得免費或低保費保險 (如，Medi-Cal)，(2) 透過母嬰健保計劃 (AIM) 獲得孕婦低保費保險或者 (3) 獲得保費補助，您必須使用另外一種申請表，此表稱為「健康保險申請表」。您可使用紙質申請表或透過 CoveredCA.com 網上申請。

您可取得其他 語言申請表

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ភាសាខ្មែរ	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

若要獲取其他格式的申請表 (如大字版)，請致電 1-800-300-1533。

電話：1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



申請須知

您在申請時我們需要瞭解的資料

- ➔ 社會安全號碼（若申請人為美國公民）或文件資料（若申請人為符合移民要求且需要保險的移民）。僅須提供申請人的公民身份證明或移民身份證明。
- ➔ **我們將按照法律要求為您的資料保密。**我們僅使用您的資料以幫助您獲得健康保險。
- ➔ 有移民的家庭亦可申請。即使您不符合承保福利的投保資格，您亦可為您的孩子申請。為您符合投保資格的孩子申請不會影響您的移民身份或者使您成為永久居民或公民的機會。
- ➔ 如果您是享受印第安人健康服務部、部落健康計劃或城鎮印第安人健康計劃所提供服務的聯邦政府認可的美國印第安人或阿拉斯加原住民，您可能也有資格獲得透過 Covered California 提供的免費或低保費保險。

網上申請更快捷

透過 **CoveredCA.com** 網上申請，安全、快捷——您可以更快得到結果！

完成申請後

將您已經填寫完畢並簽名的申請表郵寄到：

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- ➔ **如果您無法提供我們要求的所有資料，也請在您的申請表上簽字並郵寄給我們。**我們可以給您打電話，幫助您填寫申請表。
- ➔ **切勿隨同申請表支付您的健康保險計劃投保費。**有關您應付的款項，您的計劃機構會向您開具發票。

申請幫助

我們隨時準備為您提供幫助！您可以免費獲得幫助。

- **網路：** CoveredCA.com
- **電話：** 致電我們的客戶服務中心：**1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)**。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。
- **親自申請：** 我們有經過培訓的經認證的投保諮詢師和經認證的保險代理人，他們可以為您提供幫助。若要索取您住所或工作場所附近的經認證的投保諮詢師和經認證的保險代理人清單或者附近的縣社會服務辦公室列表，請訪問 **CoveredCA.com** 或致電 **1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)**。此服務免費！
- 如果您有殘障或其他需求，我們可提供免費服務幫您填寫此申請表。您可以親自前往當地的縣社會服務辦公室或者致電我們的客戶服務中心：**1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)**。



需要幫助？

致電 Covered California：**1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)**。這是免費電話。您可以在星期一至星期五上午 8 點 - 晚上 6 點，星期六上午 8 點 - 下午 5 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

從這裡開始申請（僅使用藍筆或黑筆）

第 1 步：提供此申請表的主要聯絡人（成人）的資料

名字 中間名 姓氏 後綴（示例：Sr.、Jr.、III、IV）

家庭住址 公寓號碼

城市（家庭住址） 州 郵政編碼 縣

若您沒有家庭住址，請在此勾選。您必須在下面提供一個郵寄地址。

若您的郵寄地址與家庭住址相同，請在此勾選。

若不同，則您必須在下面提供您的郵寄地址：

郵寄地址或郵箱（若與家庭住址不同） 公寓號碼 #

城市（郵寄地址） 州 郵政編碼 縣

最方便聯絡您的電話號碼 家庭 手機 辦公

電話號碼：（ ） -

其他電話號碼 家庭 手機 辦公

電話號碼：（ ） -

您希望我們用哪種語言給您寫信？

您希望我們用哪種語言與您溝通？

您希望以哪種方式獲得有關此申請表的資料？

電話 信件 電子郵件 電子郵件地址： _____

您是否要申請保費補助，以便為自己或家庭成員的健康保險獲得付款幫助？

是 **如果是**，您需要另外一份申請表。請訪問 CoveredCA.com 查看您有資格獲得的健康保險。

否 **如果不是**，請繼續填寫此申請表。

第 2 步：請向我們提供有關您需要健康保險的家庭成員的資料

請為您家中需要健康保險的每位成員完成第 2 步。

從您自己開始！

- 若您為四名以上成員申請，請分別為每位成員影印本申請表的第 4 頁和第 5 頁。
 - 我們將按照法律要求為您的資料保密。我們僅將使用您的個人資料確定您是否具備獲得健康保險的資格。對於您不申請健康保險的家屬，您不需要提供他們的社會安全號碼、公民或移民身份證明。
 - 即使您的家人已經擁有健康保險，您可能透過 Covered California 找到更好及保費更低的保險。
- ★ 與您住在一起的任何人士，例如男朋友、女朋友或室友。如果他們需要健康保險，必須自行提交申請表。

第 2 步接下頁 

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



第 2 步：

第一位 請提供您自己的資料

名字	中間名	姓氏	後綴 (示例: Sr.、Jr.、III、IV)	與您的關係 自己
性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		出生日期 (月/日/年)		

申請健康保險 即使您目前已有保險，您也可能找到更好或保費更低的承保福利。

▶ 您是否正為自己申請健康保險？ 是 **如果是**，請回答下列問題。 否 **如果不是**，請轉到下頁。

★ 社會安全號碼 (SSN) ____ - ____ - ____	如果您 沒有 SSN，請說明原因。 <input type="checkbox"/> 領養兒童納稅識別號碼 (ATIN) _____ <input type="checkbox"/> 個人納稅識別號碼 (ITIN) _____ <input type="checkbox"/> 宗教豁免 <input type="checkbox"/> 我沒有獲得社會安全號碼的資格
--------------------------------------	---

★ 我們用社會安全號碼 (SSN) 以核對公民身份及其他資料。
如果您 (或您的家人) 想要申請健康保險，則必須提供 SSN。

如果申請的人員沒有 SSN 但希望獲得一個，
請致電 1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500) 或登錄 CoveredCA.com。

您是否為美國公民或有美國國籍？ 是 否

如果您**不是**美國公民或沒有美國國籍，請回答以下問題：

您是否有恰當的移民身份？ 是 **若要查看您是否有恰當的移民身份**，請參閱第 15 頁附錄 B 的列表。然後在此處填寫證件資料。在大多數情況下，您的證件 ID 號是您的外僑登記號碼。

證件類型：_____ ID 號：_____

簽發國家：_____ 到期日：_____

證件上的姓名：_____

您是否自 1996 年以來一直在美國居住？ 是 否

您、您的配偶或靠您撫養的未婚子女是否為美國軍隊光榮退伍的退伍軍人或現役成員？ 是 否

▶ 若您想要立即選擇健康保險計劃，請在此 勾選並填寫第 16、17 和 18 頁的附錄 C。

請提供您的種族資料。 請提供您的個人資料。該資料將予以保密並將僅用於確保所有人都能平等地獲得醫療保健。
該資料不會用於確定您有資格獲得什麼類型的健康保險。

您屬於哪個種族？ (可以不選；請勾選所有適用選項)

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白種人 | <input type="checkbox"/> 印度人 | <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 |
| <input type="checkbox"/> 黑種人或非裔美籍 | <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 | <input type="checkbox"/> 韓國人 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 |
| <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿
拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 華人 | <input type="checkbox"/> 寮國人 | <input type="checkbox"/> 其他
_____ |
| | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 越南人 | |
| | <input type="checkbox"/> 苗族人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷土著 | |

您是否為西語裔、拉美、或西班牙血統？
(可以不選) 是 否

若是，請勾選相應選項：

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美國人、齊卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 危地馬拉人 |
| <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 |
| <input type="checkbox"/> 其他西語裔、拉美、
或西班牙血統：_____ |

★ 若您為美國印第安人或阿拉斯加原住民，請在此勾選並填寫第 14 頁的附錄 A。



需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。

第 2 步：

第二位 請向我們提供有關下一位需要健康保險成員的資料。

即使這位成員目前已有保險，您也可能找到更好或保費更低的承保福利。


若您為**四名以上家庭成員**申請，請分別為每位成員影印本申請表的第 4 頁和第 5 頁。

名字	中間名	姓氏	後綴 (示例：Sr.、Jr.、III、IV)	與您的關係
性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		出生日期 (月/日/年)		
<input type="checkbox"/> 若此人的家庭住址與主要聯絡人的家庭住址一致，請在此勾選。 若不同 ，則您必須在下面提供這位成員的家庭住址：				
家庭住址				公寓號碼
城市 (住家地址)	州	郵政編碼	縣	
<input type="checkbox"/> 若這位成員沒有家庭住址，請在此勾選。您必須在下面提供一個郵寄地址。				
<input type="checkbox"/> 若這位成員的郵寄地址與主要聯絡人的郵寄地址一致，請在此勾選。 若不同 ，則您必須在下面提供這位成員的郵寄地址：				
郵寄地址或郵箱 (若與家庭住址不同)				公寓號碼
城市 (郵寄地址)	州	郵政編碼	縣	
最方便聯絡這位成員的電話號碼 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 辦公	其他電話號碼 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 辦公			
電話號碼: () -	電話號碼: () -			
電子郵件地址:				
我們應該用哪種語言給這位成員寫信？			這位成員希望我們用哪種語言與他/她交談？	

申請健康保險 即使這位成員目前已有保險，您也可能找到更好或保費更低的承保福利。

▶ 這位成員是否正申請健康保險？ 是 **如果是**，請回答下列問題。 否 **如果不是**，請轉到第 6 頁。

★ 社會安全號碼 (SSN) _ _ - _ - _ _ _	若這位成員 沒有 SSN，請說明原因。 <input type="checkbox"/> 領養兒童納稅識別號碼 (ATIN) _____ <input type="checkbox"/> 個人納稅識別號碼 (ITIN) _____ <input type="checkbox"/> 宗教豁免 <input type="checkbox"/> 這位成員不符合 SSN 資格條件
---------------------------------------	--

第二位 接下頁 

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



第 2 步：

第二位 (接上頁)

這位成員是否為美國公民或擁有美國國籍？ 是 否

如果這位成員**不是**美國公民或沒有美國國籍，請回答以下問題：

這位成員是否有恰當的移民身份？ 是 **若要查看這位成員是否有恰當的移民身份，請參閱第 15 頁附錄 B 的相關列表。**然後在此處填寫證件資料。在大多數情況下，證件 ID 號就是外僑登記號碼。

證件類型: _____ ID 號: _____

簽發國家: _____ 到期日: _____

證件上顯示的姓名: _____

這位成員自 1996 年以來是否一直在美國居住？ 是 否

這位成員、他/她的配偶或靠他/她撫養的未婚子女是否為美國軍隊光榮退伍的老兵或現役成員？ 是 否

▶ 若這位成員想要立即選擇健康保險計劃，請在此 勾選並填寫第 16、18 頁的附錄 C。

請提供這位成員的種族資料 該資料將予以保密並將僅用於確保所有人都能獲得健康保健。該資料不會用於確定這位成員有資格獲得什麼健康保險。

這位成員的種族？ (可以不選；請勾選所有適用選項)

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白種人 | <input type="checkbox"/> 印度人 | <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 |
| <input type="checkbox"/> 黑種人或非裔美籍 | <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 | <input type="checkbox"/> 韓國人 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 |
| <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿
拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 華人 | <input type="checkbox"/> 寮國人 | <input type="checkbox"/> 其他
_____ |
| | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 越南人 | |
| | <input type="checkbox"/> 苗族人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷土著 | |

您是否為西語裔、拉美、或西班牙血統？
(可以不選) 是 否

若是，請勾選相應選項：

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美國人、齊卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 危地馬拉人 |
| <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 |
| <input type="checkbox"/> 其他西語裔、拉美、
或西班牙血統： _____ |

★ 若您為美國印第安人或阿拉斯加原住民，請在此勾選並填寫第 14 頁的附錄 A。



需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。

第 2 步：

第三位 請向我們提供有關下一位需要健康保險的成員的資料。

名字 中間名 姓氏 後綴 (示例：Sr.、Jr.、III、IV) 與您的關係

性別： 男性 女性

出生日期 (月/日/年)

若此人的家庭住址與主要聯絡人的家庭住址一致，請在此勾選。

若不同，則您必須在下面提供這位成員的家庭住址：

家庭住址

公寓號碼

城市 (住家地址)

州

郵政編碼

縣

若這位成員沒有家庭住址，請在此勾選。您必須在下面提供一個郵寄地址。

若這位成員的郵寄地址與主要聯絡人的郵寄地址一致，請在此勾選。

若不同，則您必須在下面提供這位成員的郵寄地址：

郵寄地址或郵箱 (若與家庭住址不同)

公寓號碼

城市 (郵寄地址)

州

郵政編碼

縣

最方便聯絡這位成員的電話號碼 家庭 手機 辦公

電話號碼：() -

其他電話號碼 家庭 手機 辦公

電話號碼：() -

電子郵件地址：

我們應該用哪種語言給這位成員寫信？

這位成員希望我們用哪種語言與他/她交談？

申請健康保險 即使這位成員目前已有保險，您也可能找到更好或保費更低的承保福利。

▶ 這位成員是否正申請健康保險？ **是 如果是**，請回答下列問題。 **否 如果不是**，請轉到第 8 頁。

★ 社會安全號碼 (SSN)

若這位成員**沒有** SSN，請說明原因。

領養兒童納稅識別號碼 (ATIN) _____

個人納稅識別號碼 (ITIN) _____

宗教豁免

這位成員不符合 SSN 資格條件

第三位 接下頁 

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



第 2 步：

第三位 (接上頁)

這位成員是否為美國公民或擁有美國國籍？ 是 否

如果這位成員**不是**美國公民或沒有美國國籍，請回答以下問題：

這位成員是否有恰當的移民身份？ 是 **若要查看這位成員是否有恰當的移民身份，請參閱第 15 頁附錄 B 的相關列表。**然後在此處填寫證件資料。在大多數情況下，證件 ID 號就是外僑登記號碼。

證件類型: _____ ID 號: _____

簽發國家: _____ 到期日: _____

證件上顯示的姓名: _____

這位成員自 1996 年以來是否一直在美國居住？ 是 否

這位成員、他/她的配偶或靠他/她撫養的未婚子女是否為美國軍隊光榮退伍的老兵或現役成員？ 是 否

▶ 若這位成員想要立即選擇健康保險計劃，請在此 勾選並填寫第 16、18 頁的附錄 C。

請提供這位成員的種族資料 該資料將予以保密並將僅用於確保所有人都能獲得健康保健。該資料不會用於確定這位成員有資格獲得什麼健康保險。

這位成員的種族？ (可以不選；請勾選所有適用選項)

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白種人 | <input type="checkbox"/> 印度人 | <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 |
| <input type="checkbox"/> 黑種人或非裔美籍 | <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 | <input type="checkbox"/> 韓國人 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 |
| <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 華人 | <input type="checkbox"/> 寮國人 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 越南人 | |
| | <input type="checkbox"/> 苗族人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷土著 | |

您是否為西語裔、拉美、或西班牙血統？ (可以不選) 是 否

若是，請勾選相應選項：

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美國人、齊卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 危地馬拉人 |
| <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 |
| <input type="checkbox"/> 其他西語裔、拉美、或西班牙血統： _____ |

★ 若您為美國印第安人或阿拉斯加原住民，請在此勾選並填寫第 14 頁的附錄 A。



需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。

第 2 步：

第四位 請向我們提供有關您需要健康保險的家庭成員資料。

名字 中間名 姓氏 後綴 (示例：Sr.、Jr.、III、IV) 與您的關係

性別： 男性 女性

出生日期 (月/日/年)

若此人的家庭住址與主要聯絡人的家庭住址一致，請在此勾選。

若不同，則您必須在下面提供這位成員的家庭住址：

家庭住址

公寓號碼

城市 (住家地址)

州

郵政編碼

縣

若這位成員沒有家庭住址，請在此勾選。您必須在下面提供一個郵寄地址。

若這位成員的郵寄地址與主要聯絡人的郵寄地址一致，請在此勾選。

若不同，則您必須在下面提供這位成員的郵寄地址：

郵寄地址或郵箱 (若與家庭住址不同)

公寓號碼

城市 (郵寄地址)

州

郵政編碼

縣

最方便聯絡這位成員的電話號碼 家庭 手機 辦公

電話號碼：() -

其他電話號碼 家庭 手機 辦公

電話號碼：() -

電子郵件地址：

我們應該用哪種語言給這位成員寫信？

這位成員希望我們用哪種語言與他/她交談？

申請健康保險 即使這位成員目前已有保險，您也可能找到更好或保費更低的承保福利。

▶ 這位成員是否正申請健康保險？ 是 **如果是**，請回答下列問題。 否 **如果不是**，請轉到第 10 頁。

★ 社會安全號碼 (SSN)


若這位成員**沒有** SSN，請說明原因。

領養兒童納稅識別號碼 (ATIN) _____

個人納稅識別號碼 (ITIN) _____

宗教豁免

這位成員不符合 SSN 資格條件

第四位 接下頁 

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



第 2 步：

第四位 (接上頁)

這位成員是否為美國公民或擁有美國國籍？ 是 否

如果這位成員**不是**美國公民或沒有美國國籍，請回答以下問題：

這位成員是否有恰當的移民身份？ 是 **若要查看這位成員是否有恰當的移民身份，請參閱第 15 頁附錄 B 的相關列表。**然後在此處填寫證件資料。在大多數情況下，證件 ID 號就是外僑登記號碼。

證件類型: _____ ID 號: _____

簽發國家: _____ 到期日: _____

證件上顯示的姓名: _____

這位成員自 1996 年以來是否一直在美國居住？ 是 否

這位成員、他/她的配偶或靠他/她撫養的未婚子女是否為美國軍隊光榮退伍的老兵或現役成員？ 是 否

▶ 若這位成員想要立即選擇健康保險計劃，請在此 勾選並填寫第 16、18 頁的附錄 C。

請提供這位成員的種族資料 該資料將予以保密並將僅用於確保所有人都能獲得健康保健。該資料不會用於確定這位成員有資格獲得什麼健康保險。

這位成員的種族？ (可以不選；請勾選所有適用選項)

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白種人 | <input type="checkbox"/> 印度人 | <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人 |
| <input type="checkbox"/> 黑種人或非裔美籍 | <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 | <input type="checkbox"/> 韓國人 | <input type="checkbox"/> 薩摩亞人 |
| <input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 華人 | <input type="checkbox"/> 寮國人 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| | <input type="checkbox"/> 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 越南人 | |
| | <input type="checkbox"/> 苗族人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷土著 | |

您是否為西語裔、拉美、或西班牙血統？ (可以不選) 是 否

若是，請勾選相應選項：

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 墨西哥人、墨西哥裔美國人、齊卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 薩爾瓦多人 <input type="checkbox"/> 危地馬拉人 |
| <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 |
| <input type="checkbox"/> 其他西語裔、拉美、或西班牙血統： _____ |

★ 若您為美國印第安人或阿拉斯加原住民，請在此勾選並填寫第 14 頁的附錄 A。



需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。

第 3 步：

請閱讀並在本申請上簽字

您可選擇一位授權代表

- ★ 您可以選擇值得信任的朋友或組織作為您的「授權代表」。授權代表是您允許他/她查看您的申請表及在當前及將來為此申請與我們洽談的成員。

授權代表姓名

住所 公寓號碼

城市 州 郵政編碼 縣

一旦簽字，即代表您允許這位成員簽署您的申請表，為此申請表獲得正式資料，並代表您處理與本代理在未來所相關的事宜。

您的簽字

日期

隱私聲明

此申請表透過 Covered California 獲得健康保險。您提供的個人及醫療資料屬於私人及機密資料。Covered California 需要該資料以識別您和申請表上的其他人士並管理我們的計劃。

我們僅在需要將您加入計劃或管理計劃或項目的情況下與其他州、聯邦及當地機構、承包商、健康計劃及其他計劃共享您的資料，且僅按法律規定與其他州和聯邦機構共享。

- 您必須回答本申請表的所有問題，除非其標記為「可以不選」。如果您的申請表缺少我們需要的資料，我們會聯絡您獲取相關資料。➔ **如果您不提供**，我們將無法對您的申請作出決定。您可能必須提交新申請表，否則您將無法透過 Covered California 獲得健康保險。
- 在大多數情況下，您有權在聯邦和州記錄中查看您的個人資料。如果您需要其他格式（如大字版），您可以要求其他格式。

若要瞭解更多資料或查看 Covered California 記錄，請聯絡隱私人員：


Covered California
收件人：Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

電話：1-800-300-1533
TTY: 1-888-889-4500

這些州和聯邦法律賦予我們收集及保管有關申請資料的權利：

42 U.S.C. § 18031; 加州政府法規 §§ 100502(k) 和 100503(a)

我們必須根據加州民事法典 §1798.17 向您提供該隱私聲明。您可以在 CoveredCA.com 查看 Covered California 的隱私政策。

第 3 步接下頁 

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



第 3 步：

請閱讀並在本申請表上簽字 (接上頁)

您的權利與義務

- 本人在本申請表中提供的資料據本人所知均屬實。本人知道若資料不實，本人可能會受到做偽證的處罰。
- 本人明白，本人提供的資料將僅用於確定本人的家庭成員是否有資格獲得健康保險。
- 本人明白，Covered California 將依照法律要求為本人的資料保密。若要瞭解更多資料或查閱由 Covered California 保管的記錄中的個人資料，本人可聯絡隱私人員，電話：1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)。
- 本人明白，若本申請中填寫的任何資料有所變換，本人必須告知 Covered California。若要報告變換情況，本人可致電 1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500) 或訪問 CoveredCA.com。
- 本人明白，Covered California 不得基於種族、膚色、原國籍、宗教、年齡、性別、性取向、婚姻狀況、老兵身份或殘疾而對本人或任何人士存有歧視。若本人認為 Covered California 已歧視本人，包括未能根據州和聯邦法律提供合理的解決方法，本人可訪問 www.hhs.gov/ocr/office/file 或 <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form> 投訴。
- 本人明白，本人的資料或本人家庭任何成員的資料變換可能影響其他家庭成員的資格。
- 本人確認，在本申請表中申請健康保險的所有人概無在判決執行後羈押於監獄、拘留所或類似的懲戒機構或教養所。
- 本人明白，本人須在資料發生變化後 30 天內將相關變化報告 Covered California，因為這可能影響本人透過 Covered California 健康計劃獲得健康保險的資格。
- 本人允許 Covered California 檢查其他代理機構的電腦記錄以核實公民身份、適當移民身份以及其他僅與資格條件相關的資料，從而確認本人和本申請表中的其他成員是否有資格獲得健康保險。

您的申訴權利：

- 若本人認為 Covered California 出現錯誤，本人可對其決定提出申訴。申訴指向 Covered California 的人員說明，本人認為他們的決定有誤，並要求對其進行公平的複審。
- 本人明白，本人可致電 1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500) 瞭解如何進行申訴（包括快捷申訴）以及如何獲得法律援助轉介或免費法律援助。
- 本人明白，本人必須在接到通知後 90 天內提出申訴。
- 本人明白，本人可自行或由他人代替本人進行申訴，比如授權代表、朋友、親屬或律師。
- 本人明白聽證會可透過電話、視頻會議或當面舉行。
- 本人明白，若本人需要幫助，將有 Covered California 的人員就本人的案例為本人提供解釋。
- 本人明白，將有 Covered California 人員向本人解釋，在什麼情況下本人的資格將予以維持或恢復，以待作出申訴決定。
- 本人明白，針對本人或本人家庭的其他成員的申訴決定可能會導致本人或本人家庭的其他成員的申請資格發生變化。申請資格的變化可能會導致對所有家庭成員的資格進行重新審核。

續保：

- 為了以後能夠更輕鬆地繼續獲得健康保險，本人允許 Covered California 使用電腦資源（如，社會安全局）。若相關來源顯示本人仍符合投保資格，本人的保險承保福利可續保 12 個月，本人無須填寫續保表格或發送其他文件。

第 3 步 接下頁 

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



第 3 步：

請閱讀並在本申請表上簽字 (接上頁)

聲明及簽字 此項必填。

本人聲明，本人以下所述均真實無誤，任何偽證行為將會受到處罰。

- 本人明白本申請中的所有問題，就本人所知作出了真實無誤的回答。對於本人不知道答案的問題，本人已盡最大努力與知道答案的人員予以確認。
- 本人明白，若本人未如實填寫本申請表，將可能面臨作偽證的民事或刑事處罰，包括最高四年的監禁。(見加州刑法典第 126 款。)
- 本人明白，本申請表中的資料將用於決定進行申請的成員是否有資格獲得健康保險。Covered California 將根據聯邦及加州法律的要求為這些資料保密。
- 本人同意，若本健康保險申請表中任何申請人的資料發生任何變換，本人將致電 1-800-300-1533 (TTY:1-888-889-4500) 或訪問 **CoveredCA.com** 通知 Covered California。
- 若本人透過填寫及提交附錄 C 選擇健康計劃，且 Covered California 確定本人符合參加在附錄 C 所選計劃的資格：
 - » 本人明白，在此處簽字即表示本人與計劃發行者訂立合同。
 - » 本人已年滿 18 歲/本人是脫離父母獨立生活的未成年人，本人有健全的心智，能夠簽署合同。

申請人或授權代表簽字：

日期



經 Covered California 認證的個人

如果您是經 Covered California 認證幫助填寫本申請的人士，請完成本部分。

本人證明，作為經認證的投保諮詢師、保險代理人或經認證的計劃投保員，本人幫助申請人完成此申請，該項服務免費。本人亦證明，本人已將本人所知作出了真實無誤的回答。本人已經以易於理解的語言向申請人解釋了提供虛假資料的風險，申請人已明白該解釋。

經認證的投保諮詢師
姓名：

CEC 號碼

經認證的投保機構
名稱：

CEE 號碼

經認證的保險代理人
姓名：

牌照號碼

經認證的計劃投保員
姓名：

計劃: _____

認證號碼

經認證人員的簽字

日期



除非在申請提交時，經認證的投保諮詢師已完全及正確地填寫本部分，否則本州不會給 Covered California 認證的投保機構提供報酬。

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 **CoveredCA.com**。



第 4 步：

郵寄資料和檢查清單

請將您已簽署的申請表郵寄至：

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

您是否記得：

- 向我們介紹您家中需要健康保險的每一位成員？
- 在**第 12 頁**簽署本申請表？若您選擇了授權代表，請在第 10 頁簽字。

補充問題 (可以不選)

1. 您的生活最近是否有變化，使您覺得想要申請健康保險？

如果是， 請勾選所有適用選項。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 搬到加州 | <input type="checkbox"/> 已出獄 |
| <input type="checkbox"/> 獲得公民身份或合法身份 | <input type="checkbox"/> 失去健康保險 |
| <input type="checkbox"/> 獲得被撫養人 (透過生育、結婚或收養) | <input type="checkbox"/> 聯邦政府認可的美國印第安人或阿拉斯加原住民 |
| <input type="checkbox"/> 失去 Medi-Cal 承保福利 | <input type="checkbox"/> 失去透過 Covered California 提供的健康保險保費補助 |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |

上述因素在何時發生？ (月/日/年) _____

2. 您是如何得知 Covered California 的？ 勾選所有適用選項。

- | | | | |
|---|-------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 拓展及教育計劃 | <input type="checkbox"/> 電視廣告 | <input type="checkbox"/> 新聞計劃或故事 | <input type="checkbox"/> 手冊 |
| <input type="checkbox"/> 雜誌或報紙廣告 | <input type="checkbox"/> 電臺廣告 | <input type="checkbox"/> 在零售商店登記 | <input type="checkbox"/> 僱主 |
| <input type="checkbox"/> 手機電話應用程式 | <input type="checkbox"/> 網上廣告 | <input type="checkbox"/> 社區組織或活動 | <input type="checkbox"/> 教堂 |
| <input type="checkbox"/> 經認證的投保諮詢師 | <input type="checkbox"/> 電子郵件 | <input type="checkbox"/> 政府辦公室 | <input type="checkbox"/> 藥店 |
| <input type="checkbox"/> 服務供應商或醫院 | <input type="checkbox"/> 郵寄廣告 | <input type="checkbox"/> 朋友或家人 | <input type="checkbox"/> 口頭宣傳 |
| <input type="checkbox"/> CoveredCA.com 網址 | <input type="checkbox"/> 網路搜索 | <input type="checkbox"/> 社交媒體 (如, Facebook、Twitter 等) | |
| <input type="checkbox"/> 經認證的保險代理人 | <input type="checkbox"/> 佈告板 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



附錄 A :

美國印第安人或阿拉斯加原住民

★ 如果您或您的家庭成員是美國印第安人或阿拉斯加原住民，請完成本附錄。

美國印第安人或阿拉斯加原住民可獲得印第安人健康服務部、部落健康計劃或城鎮印第安人健康計劃所提供的服務。聯邦政府認可的美國印第安人或阿拉斯加原住民可能無須支付現付成本（如，共付費用）並可能具有特別投保期間。請務必完成本表格並將連同您的申請以及美國印第安人或阿拉斯加原住民血統證明一併提交。您可以提交來自聯邦認可印第安部落的證件，證明您是部落成員或與部落有關係。相關證件可包括部落投保卡或印第安人事務局簽發的印第安血統純度鑒定證書 (CDIB)。

若您需要向我們提供超過四位美國印第安人或阿拉斯加原住民的資料，**請影印本頁**，並務必連同您的申請一併提交。

第一位

名字 中間名 姓氏 後綴 (示例: Sr.、Jr.、III、IV)

這位成員是否屬於聯邦政府認可的印第安人或阿拉斯加原住民部落? 是 否

如果是，請提供部落名稱：_____ 以及部落所在的州：_____

第二位

名字 中間名 姓氏 後綴 (示例: Sr.、Jr.、III、IV)

這位成員是否屬於聯邦政府認可的印第安人或阿拉斯加原住民部落? 是 否

如果是，請提供部落名稱：_____ 以及部落所在的州：_____

第三位

名字 中間名 姓氏 後綴 (示例: Sr.、Jr.、III、IV)

這位成員是否屬於聯邦政府認可的印第安人或阿拉斯加原住民部落? 是 否

如果是，請提供部落名稱：_____ 以及部落所在的州：_____

第四位

名字 中間名 姓氏 後綴 (示例: Sr.、Jr.、III、IV)

這位成員是否屬於聯邦政府認可的印第安人或阿拉斯加原住民部落? 是 否

如果是，請提供部落名稱：_____ 以及部落所在的州：_____

需要幫助?

致電 Covered California : 1-800-300-1506 (TTY : 1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



移民身份

如果您屬於以下組別，您可能符合健康保險的資格條件。即使您的移民身份並非下列身份，您仍可能符合健康保險的資格條件，因此應該進行申請。

- 合法永久居民 (LPR/綠卡持有人)
- 合法臨時居民 (LTR)
- 政治庇護人員
- 難民
- 古巴/海地入境者
- 被假釋到美國的人員
- 1980 年之前批准的符合條件的入境者
- 被虐待的配偶、孩子或父母
- 拐賣的受害人及其配偶、子女、兄弟姐妹或父母
- 根據移民法或聯合國禁止酷刑公約 (CAT) 取消遞解/驅逐令
- 非移民身份的個人 (包括工作簽證，學生簽證，以及密克羅尼西亞、馬紹爾群島、以及帕勞公民)
- 臨時保護身份 (TPS) 和臨時保護身份 (TPS) 申請人
- 暫緩強制離境 (DED)
- 暫緩遣返 通告：如果您是根據國土安全部的年輕非法移民暫緩遣返 (DACA) 命令暫緩遣返的人士，您不會被視為具有合法身份。
- 特殊青少年移民申請人
- 簽證申請經核准的 LPR 身份調整申請人
- 政治庇護申請人
- 具有就業授權許可文件 (EAD) 的註冊申請人
- 根據移民法或聯合國禁止酷刑公約 (CAT) 取消遞解/驅逐令的申請人
- 具有就業授權許可文件 (EAD) 的註冊申請人
- 取消遞解/暫緩驅逐令的申請人 (持有 EAD)

附錄 C :

選擇您的 Covered California 健康保險計劃

★ 如果您需要告訴我們有關四人以上的資料，請影印本頁和下一頁並使用這兩頁給我們提供資料。請確保將您的申請表和這些頁一起郵寄給我們。

如果要選擇您的私人健康計劃，請在以下寫上您想要的計劃名稱或者計劃金屬級別。一旦您選擇了計劃，您將需要支付第一次保費，以使您的健康護理承保福利生效。您必須直接支付給您選擇的保險公司。您可以直接聯絡他們或者等他們給您郵寄帳單。請不要將您的付款郵寄給 Covered California。有關如何支付您的第一次保費的詳情，請參閱第 20 頁中的常見問題第 8 條。

要瞭解可以使用的健康計劃或者保費支付詳情，請訪問：CoveredCA.com 或者致電：1-800-300-1506 (TTY:1-888-889-4500)。

姓名 名字、中間名、姓氏、後綴 (示例：Jr.、Sr.、III、IV)	健康計劃名稱	級別	級別編號	計劃類型
第一位：		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> 最低承保福利計劃		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
第二位：		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> 最低承保福利計劃		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
第三位：		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> 最低承保福利計劃		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
第四位：		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> 最低承保福利計劃		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

計劃類型

EPO - 獨家服務供應商組織

HMO - 健康維護組織

HSA - 健康儲蓄帳戶 (該計劃類型允許成員開設健康儲蓄帳戶並進行供款)

PPO - 優選服務供應商組織

若要完成計劃選擇，所有選擇健康計劃的年滿 18 人士都必須同意並簽署下頁的仲裁協議。

附錄 C 接下頁 

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



約束性仲裁協議


▶ 對於選擇 Covered California 健康計劃的每位人士：

本人瞭解，每項參與的健康計劃有自己解決爭議或索賠的規定。這包括但不限於由本人、本人投保的撫養眷屬、繼承人或授權代理人所提出的任何索賠。這些索賠是針對一項健康計劃、任何一個合約健康護理提供商、管理人員或者其他相關單位所提出的。索賠範圍包括健康計劃的會員資格、就服務或者物品、醫療服務不當或者醫院服務不當所涵蓋的承保福利、服務或物品的提供、或者場地責任。其中醫療服務不當或者醫院服務不當是指沒有必要或者沒有授權的醫療服務、或者所提供的醫療服務不合適、不細緻或者不稱職。

本人明白，若本人選擇規定採取約束性仲裁解決爭議的健康計劃，本人將接受、同意及使用約束性仲裁解決爭議或申訴（根據適用法律規定不受約束性仲裁規限的小額索賠法院案件或申訴除外），並放棄將案件交由陪審團審理的權利，因此不能將爭議提交法院審理，除非適用法律規定須對仲裁程序進行司法覆核。本人明白，每項健康計劃的所有仲裁規定（若有）均載于該健康計劃的保險文件內，相關文件可透過 CoveredCA.com 網上查閱，本人亦可致電 1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500) 向 Covered California 瞭解更多資料。

▶ 所有計劃投保人的簽字

至少年滿 18 歲 第一位 或 第一位 的負責人或授權代表的簽字 ▶	日期
至少年滿 18 歲 第二位 或 第二位 的負責人或授權代表的簽字 ▶	日期
至少年滿 18 歲 第三位 或 第三位 的負責人或授權代表的簽字 ▶	日期
至少年滿 18 歲 第四位 或 第四位 的負責人或授權代表的簽字 ▶	日期

附錄 C 接下頁 

需要幫助?

致電 Covered California : 1-800-300-1506 (TTY : 1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



附錄 C :

選擇您的 Covered California 兒童牙科計劃

僅適用於 18 歲或 18 歲以下兒童。

- ★ 若如果您想要為超過四位兒童申請兒科牙醫服務，請影印本頁。請使用本頁給我們提供資料，並將本頁和您的申請表郵寄給我們。

如果您認為您有資格為您的孩子申請兒童牙科服務，並希望選擇兒童牙科計劃，請在下方提供相關計劃的名稱。若想瞭解關於 Covered California 提供的兒童牙科計劃的詳情，請訪問 CoveredCA.com 或致電 1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)。

姓名 名字、中間名、姓氏、後綴 (示例: Jr.、Sr.、III、IV)	兒童牙科計劃名稱	保險級別	計劃類型
第一位兒童：		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
第二位兒童：		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
第三位兒童：		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO
第四位兒童：		<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 低	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DHMO <input type="checkbox"/> DPPO

計劃類型

DEPO - 牙科獨家服務供應商組織

DHMO - 牙科健康維護組織

DPPO - 牙科首選服務供應商組織

需要幫助？

致電 Covered California : 1-800-300-1506 (TTY : 1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



透過 Covered California 獲得幫助

1. 什麼是 Covered California?

Covered California 是一個能讓個人及家庭獲得負擔得起的健康保險的新型市場，可幫助您獲得優質的健康保險。

我們的目標是使加州居民能夠輕鬆獲得負擔得起的健康保險。Covered California 是加州健康福利交換計劃和加州健康護理服務部的合作夥伴。

2. Covered California 能夠怎樣幫助我?

Covered California 可幫助您選擇符合您健康需求及預算的私人保險計劃。

我們可清晰說明健康保險計劃的成本和福利，讓您能夠比較不同的選項。您可以在選擇計劃之前清楚知道自己將會獲得什麼以及需要支付多少費用。

3. 透過 Covered California 可提供什麼健康保險?

您可透過 Covered California 選擇多種健康計劃。健康保險公司**不能**因為您在之前曾患病或者無法獲得承保福利而**拒絕為您承保**。

Covered California 可提供四組健康保險計劃：白金級、黃金級、白銀級、青銅級，外加最小承保福利計劃。每一組都提供不同級別的承保範圍（從高到低）。健康計劃所覆蓋的醫療費用越多，其保費通常也越高，但您在接受醫療護理時支付的費用則越低。

白金級計劃具有最高的保費，但可為您支付約 90% 的健康護理費用。黃金級計劃和白銀級計劃可分別為您支付約 80% 和 70% 的健康護理費用。青銅級計劃保費最低，但僅支付約 60% 的承保健康費用。若要瞭解關於所有福利計劃的更多資料，請訪問 CoveredCA.com 查看計劃文件，如計劃的涵蓋福利證明 (EOC) 或計劃的保單。或致電我們：1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)。

4. 我能否透過 Covered California 獲得健康保險?

任何加州人只要身為加州居民並滿足其他要求，即可透過 Covered California 獲得健康保險。

申請人可能有資格獲得免費或低保費健康計劃或者能夠降低保費或共付費用成本的經濟補助。經濟補助的數額基於家庭成員人數及家庭收入確定。

若要申請經濟補助，您需要另外填寫一份不同的申請表。請訪問 CoveredCA.com 或致電 1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)。

5. 即使我的收入很高，我是否仍可獲得健康保險?

可以。任何符合條件的加州人都可購買健康保險，不論其收入如何。

6. 我如何申請?

您可以借助以下方式申請透過 Covered California 提供的健康保險：

網路：訪問 CoveredCA.com。我們將提供有關每個健康保險計劃的資料，並以清晰簡潔的語言加以解釋。

電話：致電 Covered California：1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)。您可在週一至週五上午 8 點至晚上 6 點以及週六上午 8 點至下午 5 點之間致電。這是免費電話。

傳真：將您的申請傳真到 1-888-329-3700。

郵寄：將 Covered California 申請郵寄到：

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

親自申請：我們有經過培訓的投保諮詢師或者經認證的保險代理人，他們可以為您提供幫助。或者，您可以前往縣社會服務辦公室。該服務免費提供！若要索取您住所或工作場所附近的相關機構清單，請訪問 CoveredCA.com 或致電 1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)。

7. 費用是多少?

費用取決於您選擇的健康保險計劃。您可以使用 CoveredCA.com 的費用計算器計算相關費用。



透過 Covered California 獲得幫助

(接上頁)

8. 我是否應該將我的第一次保費付款和本申請表一起郵寄嗎？

否，請不要將您的第一次保費付款郵寄給 Covered California。您必須直接支付給保險公司。您可以透過郵寄方式支付您的第一次保費或者您的保險公司可以透過電話或者網路接受付款。請給保險公司打電話瞭解如果付款的詳情。

如果您從您的保險公司收到帳單，請根據發票上的說明支付費用。兒科牙醫計劃單獨郵寄帳單，並要求單獨付款。

如果您尚未收到帳單，請致電您的保險公司。您申請後可能保險公司需要長達 36 小時方可獲得您的資料。有關支付您的第一次保費的詳情，請訪問：CoveredCA.com 並點擊“[How to pay](#)”『如何支付』按鈕或者致電：1-800-300-1506 (TTY:1-888-889-4500)。

9. 如果我已經有健康保險了，將會怎麼樣？

如果您已經擁有僱主提供的負擔得起的健康保險，您不需要做任何事。但您仍可進行申請，以查看您或您的家庭成員是否有資格透過 Covered California 獲得更實惠的健康保險。

10. 我沒有申請上問題的所有資料。怎麼辦？

即使您沒有所需的所有資料，您仍可簽名並提交申請。我們會在收到您的申請後 10 到 15 天內向您致電，告訴您下一步怎麼辦。如果您沒有收到我們的來電，請致電 1-800-300-1506 (TTY:1-888-889-4500) 聯絡我們。

11. 我在申請或選擇計劃時能否獲得幫助？

可以。幫助為免費。我們在加州各個社區派駐經認證的投保諮詢師及經認證的保險代理人，為您提供優選新健康保險選擇的資料，並幫助您申請。您可獲得多種不同語言的幫助。

獲得有關申請或選擇計劃的幫助：

網路：訪問 CoveredCA.com。我們將提供有關每個健康保險計劃的資料，並以清晰簡潔的語言加以解釋。

電話：致電 Covered California：1-800-300-1533 (TTY：1-888-889-4500)。您可在週一至週五上午 8 點至晚上 6 點以及週六上午 8 點至下午 5 點之間致電。這是免費電話。

親自求助：我們已經培訓了經認證的登記諮詢員和經認證的保險代理人，他們可以為您提供幫助。或者，您可以前往縣社會服務辦公室。該幫助為免費！若要索取您居住或工作地址附近的相關機構列表，請登錄 CoveredCA.com 或致電 1-800-300-1533 (TTY：1-888-889-4500)。

12. 我應如何選擇健康保險計劃？

您可以訪問 CoveredCA.com，透過網上購買及比較工具，輕鬆購買和比較健康保險計劃。

您可以選擇最符合您的健康需求和預算的保險級別。

- 您可以選擇支付較高月費（稱為保費），從而在需要醫療護理時支付較低費用。
- 您也可以選擇支付較低月費用，但在需要醫療護理時支付較高費用。

13. 醫療改革已經開始，我是否必須擁有健康保險？

從 2014 年 1 月開始，大部分人（包括兒童）都必須有健康保險，否則將面臨稅務罰款。若家長或納稅申報人在其聯邦所得稅納稅申報上將起孩子申報為依靠家長撫養的課稅人，但孩子並無健康保險，相關家長或納稅申報人須面臨稅務罰款，惟 18 歲以下未受保兒童的稅務罰款應為未受保成人稅務罰款的一半。相關保險可包括透過您的工作獲得保險、您自行購買的保險、Medicare 或全保 Medi-Cal。

有些人士可豁免遵守參加健康保健的規定。這些人士包括但不限於其宗教信仰反對接受健康保險計劃福利的人士、被判決監禁的人員、聯邦認可的美國印第安人或阿拉斯加原住民部落成員以及必須將其超過 8% 的收入用於支付健康保險（計及僱主供款後）的人士。

2014 年，處罰金額將為您的年收入的 1% 或 95 美元（以這兩項金額中較高者為準）。罰金將逐年增加。到 2016 年，處罰金額將為您的年收入的 2.5% 或 695 美元（以這兩項金額中較高者為準）。2016 年後，稅收罰金將根據生活費用調整逐年增加。

有關罰金的更多資料，請訪問 CoveredCA.com。

常見問題集 接下頁 

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



透過 Covered California 獲得幫助

(接上頁)

14. 如果我的收入在申請後發生變化，會怎麼樣？

如果您的收入發生變化，可能會影響您有資格獲得的健康保險類型。

如果您透過 Covered California 參加私人健康保險，請致電我們，以查看您是否有資格透過 Covered California 獲得經濟補助。這可以減少您的保費和共付費用成本。

15. 我能否立即使用我的新 Covered California 健康保險？

如果您在 2013 年 10 月至 12 月間申請，健康計劃將最早在 2014 年 1 月開始提供服務。如果您在 2014 年 1 月或之後申請，您的健康計劃將最快在申請日期后的下個月開始提供服務。

16. 提交申請表之後會發生什麼？

如果您透過網路或電話申請，您將會收到有關您和您的家人是否符合 Covered California 資格條件的資料。如果您提交紙質申請表或將申請表傳真給我們，我們會在收到後 10 天內向您發函。如果您沒有收到我們的信件，請致電 1-800-300-1533 (TTY:1-888-889-4500) 聯絡我們。

其他問題

17. 申請中所有成員是否都必須為美國公民或擁有美國國籍？

否。如果您只是代表其他人申請，您不需要提供您的公民身份或移民身份證明。但是，透過 Covered California 購買保險的人士必須為合法居民且必須具有公民身份或移民身份證明。

18. 本申請表要求提供許多個人資料。Covered California 會將我的個人資料和財務資料與其他人士共享嗎？

不會。根據聯邦和州法律規定，您提供的資料屬於私人及機密資料。我們僅將使用您的資料確定您是否具備獲得健康保險的資格。

19. 我在投保前已經患有疾病或殘疾。我能否透過 Covered California 獲得健康保險？

能，無論您目前及過去的健康狀況如何，都可以購買健康保險。

從 2014 年開始，大部分健康保險計劃都不能以您具有既存健康狀況或殘疾為理由拒絕為您承保或向您收取更多費用。

20. 如果我擁有 Medicare，會怎麼樣？

根據法律規定，Medicare 成員不得透過交換計劃購買雙重承保福利。因此，如果您擁有 Medicare，您將不適合獲得透過 Covered California 提供的健康保險。如果您要為自己的 Medicare 尋找補充保險或者沒有退休保險，請登錄 www.medicare.gov，瞭解有關參加 Medicare Advantage 計劃或購買 Medi-gap 保單的更多資料。

21. 我剛剛發現自己懷孕了。我能否申請可在我懷孕期間為我承保的健康保險？

可以。您可以申請能夠涵蓋產前護理、臨產和分娩以及產後護理的健康保險。健康保險計劃不能因為您懷孕而拒絕為您提供健康保險。

22. 如果我並非美國公民，也沒有適當的移民身份，我是否有資格獲得健康保險？

任何居住在加州的人士都可使用本申請表申請健康保險。申請人必須提供社會安全號碼或有關移民身份的資料。

但不論您的移民身份如何，甚或您並沒有社會安全號碼，您仍可能有資格參加特定健康保險計劃。

我們將對您的資料保密，並僅為確定您有資格參加的計劃而與其他政府機構分享。

常見問題集接下一頁 

需要幫助？

致電 Covered California：1-800-300-1506 (TTY：1-888-889-4500)。這是免費電話。您可以在週一至週五上午 8 點 - 晚上 6 點，週六上午 8 點 - 下午 5 點打電話。或者訪問 CoveredCA.com。



其他問題 (接上頁)

23. 我在哪裡可以獲得有關選民登記的資料?

如果您在居住所在未進行選民登記並希望申請選民登記，請訪問 registertovote.ca.gov 或致電 1-800-345-VOTE (8683)。

24. 我是美國印第安人或阿拉斯加原住民。 Covered California 能夠怎樣幫助我?

美國印第安人或阿拉斯加原住民可獲得印第安人健康服務部、部落健康計劃或城鎮印第安人健康計劃所提供的服務。如果您是聯邦認可的美國印第安人或阿拉斯加原住民，您還可能有資格獲得以下優惠：

- 無須支付現付成本（如，自付額、共付費用及共同保險（不包括保費））
- 每月特別投保期間

請務必完成附錄 A 並連同您的美國印第安人或阿拉斯加原住民血統證明一併提交。您可以用作您的美國印第安人或阿拉斯加原住民血統證明的文件包括但不限於：

1. 部落投保卡
2. 或印第安人事務局簽發的印第安血統純度鑒定證書 (CDIB)。

如果您希望獲得以下任何福利，請訪問 CoveredCA.com 並使用「健康保險申請表」進行申請並查看您是否有資格獲得：

- 免費或低保費保險，如 Medi-Cal
- 透過母嬰健保計劃 (AIM) 提供的孕婦低保費保險
- 針對透過 Covered California 獲得的私人健康保險的付款補助

25. 如果我不同意 Covered California 的決定怎麼辦?

您可以提出申訴。若要對您不同意的決定提出申訴，請透過以下方式聯絡 Covered California：

- **網路：**訪問 CoveredCA.com。
- **電話：**致電 Covered California：1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)。您可在週一至週五上午 8 點至晚上 6 點以及週六上午 8 點至下午 5 點之間致電。這是免費電話。
- **傳真：**將申訴傳真到 1-888-329-3700。
- **郵寄：**將申訴郵寄到：
Covered California – Appeals
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- **親自申請：**我們有經過培訓的經認證的投保諮詢師和經認證的保險代理人，他們可以為您提供幫助。該服務免費提供！
- 若要索取您住所或工作場所附近的經認證的投保諮詢師和經認證的保險代理人清單，請訪問 CoveredCA.com 或致電 1-800-300-1533 (TTY: 1-888-889-4500)。



獲取其他語言的幫助

您可就此申請獲得其他語言的幫助。請致電 1-800-300-1533。

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言
獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձեր լրացնելու հարցում: Չանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على المساعدة بشأن هذا الطلب باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

 在 Facebook 上「關注」Covered California!
登錄: Facebook.com/CoveredCA



關注我們: @CoveredCA

