申請健康保險

COVERED CALIFORNIA

讓您獲得負擔得起的高質素醫療保險，包括 Medi-Cal

詳見內文

申請前必讀	1
申請	2–19
附錄 A–F	20–28
常見問題集 (FAQ)	29–33

Covered California 是一個能讓個人和家庭獲得價廉實惠的醫療保險的地方。只須一次申請，您即可知道自己是否符合免費或低保費健康保險（包括 Medi-Cal）的資格條件。

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

擁有健康保險能讓您放心，使您能夠保持健康。擁有保險之後，您會知道，您和您的家人可以在需要時獲得醫療護理。

透過這份申請瞭解您有資格獲得以下哪些保險選擇：

- 由 Medi-Cal 提供的免費或低保費保險
- 透過母嬰保健計劃 (AIM) 提供的孕婦專用低保費保險
- 負擔得起的私人健康保險計劃
- 幫助您為健康保險付款

➡ 在一個四口之家，即使您的年收入達到 94,000 美元，也仍可能有資格加入免費或低保費計劃。

➡ 您可以透過此申請來為您家中的任何成員進行申請，即使他們目前已有保險。

可透過 Covered California 在 CoveredCA.com 更快捷申請

或致電：1-800-300-1533 (TTY：1-888-889-4500)
您可以在星期一至星期五上午 8 點 - 晚上 8 點，
星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。

您可使用其他語言進行此申請

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
ภาษาไทย	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格（如，大字版），請致電 1-800-300-1533。

申請前必讀

您在申請時需要瞭解的事項

- 社會安全號碼（若申請人為美國公民）或相關證件資料（若申請人為符合移民要求且需要保險的移民）；僅須提供申請人的身份證明或移民身份證明。
- 您家中所有成員的僱主及收入資訊。
- 您的聯邦稅務資訊。例如，作爲戶主提交納稅申報的人士以及在您的納稅申報上填寫的受供養家屬。
- 您或您家庭成員透過其工作獲得的健康保險的相關資訊。

➡ 我們需要您提供收入及其他資訊，以確保您和您的家人獲得可能的最大福利。

➡ **我們將按照法律要求為您的資訊保密。**
我們僅將使用您的資訊確定您是否具備獲得健康保險的資格。

➡ 擁有移民的家庭亦可申請。即使您不符合參保資格，您亦可為您的孩子申請。為您符合資格條件的孩子申請不會影響您的移民身份或者成爲永久居民或公民的機會。

➡ 即使您沒有提交納稅申報，您仍可能有資格獲得透過 Medi-Cal 提供的免費或低保費保險。

➡ 即使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認可的美國印第安人或阿拉斯加原住民，您仍可能有資格獲得透過 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

將您已經填寫完畢和簽名的申請表發送到：

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訊，也請簽字並遞送您的申請。**我們可以電話聯絡您，幫助您完成申請。

➡ **切勿隨同申請支付您的健康保險計劃登記費。**您的計劃會就您應付的款項向您開具發票。

就進行此申請獲得幫助

我們隨時準備為您提供幫助！您可以免費獲得幫助。

- **在線：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。您可以在星期一至星期五上午 8 點 – 晚上 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。
- **現場幫助：**我們已經培訓了經認證的登記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登記諮詢師和經認證保險代理人列表或者附近的縣社會服務辦公室列表，請登錄 **CoveredCA.com** 或致電 **1-800-300-1533** (TTY:1-888-889-4500)。該幫助為免費！
- 如果您有身體障礙或其他特別需求，我們可免費幫助您完成此申請。您可以親自前往本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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

CCFRM604 (11/13) CH

在這裡開始申請 *(僅使用藍色或黑色墨水)*

第 1 步： 提供此申請的主要聯絡人（成人）的資訊

名 | 中間名 | 姓氏 | 後綴 *(示例：Sr.、Jr.、III、IV)*

住家地址 | 公寓號碼

城市 *(住家地址)* | 州 | 郵政編碼 | 縣

☐ 若您沒有住家地址，請在此勾選。您必須在下面提供一個郵寄地址。

☐ 若您的郵寄地址與住家地址相同，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 *(若與住家地址不同)* | 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 ☐ 住家 ☐ 手機 ☐ 辦公室
號碼：(　　) –

其他電話號碼 ☐ 住家 ☐ 手機 ☐ 辦公室
號碼：(　　) –

您希望我們用哪種語言寫信給您？

您希望我們用哪種語言與您溝通？

您希望以哪種方式獲得此申請的資訊？

☐ 電話 ☐ 信件 ☐ 電郵 電郵地址: _____

您是否正為 1 歲以下的孩子申請？

若嬰兒的母親在分娩時已參加 Medi-Cal 或 AIM，則 1 歲以下的嬰兒亦有資格參加 Medi-Cal。若嬰兒的母親在分娩時已參加 Medi-Cal 或 AIM，您不需要填寫申請表，即可為他/她獲得 Medi-Cal。在您的嬰兒出生後，請致電縣社會服務辦公室，確保他/她已經受保。或者，在下方填寫相關資訊。

可選：若提供以下資訊，嬰兒將自動獲得 Medi-Cal 承保資格。
您無須在第 2 步為嬰兒填寫申請表格。

您是否正為 1 歲以下的孩子申請？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，孩子的母親在分娩時是否已經參加 Medi-Cal 或 AIM？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，孩子的母親是否列入此申請？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，孩子的母親是此申請的第_____號參保人

如果不是，請提供孩子母親的姓名。 _____

請提供孩子母親的 Medi-Cal 號碼、AIM 號碼或 SSN。 _____

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步：提供您自己和您的家庭資訊

您的收入和家庭人數可以幫助我們決定您有資格申請的計劃。根據此項資訊，我們能確保每個人獲得可能的最佳保險。

您必須在此申請中提供下述人員的資訊：

- 您的配偶
- 您的孩子（與您共同生活）
- 住在家裡的所有父母以及他們的孩子
- 您的聯邦收入所得稅申報書上的任何人員（如提交）。您無需就申請健康保險提交納稅申報。

★ 如果您是其他人納稅申報上的受養人，您必須提供將您申報為受養人的納稅家庭的所有成員以及與您一同居住的任何家庭成員的資訊。

★ 與您共同生活的任何人士，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。

請為您家中的每位成員完成第 2 步。從您自己開始！

- 若您在此份申請中包含四名以上人員，**請分別為多出的每位人員複印一份第 6–8 頁的副本並完成填寫**。
- 我們將按照法律要求為您的資訊保密。我們僅將使用您的個人資訊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移民身份資訊或社會安全號碼 (SSN)。

1 號申請人 *請提供**您自己**的資訊。*

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

您係： ☐ 男性 ☐ 女性

您係： ☐ 單身 ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離異 ☐ 登記同居伴侶 ☐ 喪偶

出生日期 *(月/日/年)*

您是否懷孕？ ☐ 是 ☐ 否 ***如果是，***您是否懷孕？ _____

預產期是何時？ _____

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保險。*

▶ 您是否正為自己申請健康保險？

☐ 是 ***如果是，***請回答以下問題並完成第 4-5 頁。

☐ 否 如果您**不是**為自己而是為受養人申請，請務必填寫第 5 頁。

☐ 否 如果您既**不是**為自己也不是為受養人申請，請轉到第 6 頁。

★ 社會安全號碼 (SSN)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

若您沒有社會安全號碼，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 ☐ 我沒有獲得社會安全號碼的資格

★ 如果您要申請健康保險，則必須提供社會安全號碼 (SSN)。我們將社會安全號碼 (SSNs) 用於核對收入及其他資訊。即使您目前不申請，提供您的 SSN 也可以幫助我們更快地審核您的申請。如果您不為自己申請，但您提交納稅申報並且正為您的納稅家庭中的其他人士申請，請務必提供您的 SSN。

如果申請的人士沒有 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**。

***1 號申請人** 接下頁*

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步： 1 號申請人 *(接上頁)*

聯邦所得稅資訊 *即使您沒有提交納稅申報，您仍可能有資格獲得透過 Medi-Cal 提供的免費或低保費保險。我們將為您的資訊保密。我們僅會將您的資訊用於決定您是否具有獲得健康保險的資格。*

您是否為主納稅申報人（您的姓名列於納稅申報首位）？ ☐ 是 ☐ 否
本申請中只能有一人是主納稅申報人。

您是否準備為**受益**年提交納稅申報？
☐ 是 ☐ 否
如果是，您將以何種身份提交？
☐ 戶主 ☐ 單身
☐ 已婚聯合申報 ☐ 已婚單獨申報

是否有任何人在其報稅中將您填寫為受供養人？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請問是誰？
☐ 本申請中的第 _____ 號參保人
☐ 這位人員是沒有撫養權的家長
☐ 這位人員是沒有撫養權的家長（他/她的孩子未列入本申請）

您是否有其他健康保險或透過工作獲得保險？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請填寫第 22 和 23 頁的附錄 B。

您是否有身體、心理、精神、或發展障礙？
☐ 是 ☐ 否 *有關殘障的定義，請參閱 FAQ #27。*

您是否需要長期護理或家庭及社區服務的幫助？
☐ 是 ☐ 否

您是否為美國公民或擁有美國國籍？ ☐ 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：
您是否擁有恰當的移民身份？ ☐ 是 ***若要查看您是否擁有恰當的移民身份，****請參閱第 27 頁附錄 E 的相關列表。*
然後在此處填寫證件資訊。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 號碼： _____
簽發國家： _____ 到期日： _____
證件上顯示的姓名： _____

您是否自 1996 年以來一直在美國居住？
☐ 是 ☐ 否

您、您的配偶或未婚的受養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

您是否享受了醫療保險福利？
☐ 是 ☐ 否

您在最近 3 個月中是否有需要獲得付款幫助的醫療費用支出？
☐ 是 ☐ 否

您是否有和任何 19 歲以下的兒童同住？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，您是否為這位或這些兒童的監護人？ ☐ 是 ☐ 否

您是否為 18-20 歲的全職學生？ ☐ 是 ☐ 否
您是否在 18 到 26 歲這個區間？ ☐ 是 ☐ 否 ***如果是，***您在 18 歲時是否在任何州接受寄養？ ☐ 是 ☐ 否
您是否已滿 18 歲？ ☐ 是 ☐ 否 有多少個父母與您共同生活？ _____

您是否暫時居住在本州之外？ ☐ 是 ☐ 否

若您想要立即選擇健康保險，請在此勾選 ☐ 並填寫第 25 頁的附錄 D。

請提供您的種族資訊 *該資訊將予以保密並將僅用於確保所有人都能獲得醫療保健。該資訊不會用於確定您有資格獲得什麼健康保險。*

您屬於哪個族群？*(可選，請勾選所有適用選項)*

☐ 白種人
☐ 黑種人或非裔美籍
☐ 美國印第安人或阿拉斯加原住民
☐ 印度人
☐ 柬埔寨人
☐ 華人
☐ 菲律賓人
☐ 赫蒙人
☐ 日本人
☐ 韓國人
☐ 老撾人
☐ 越南人
☐ 夏威夷土著
☐ 關島人或查莫羅人
☐ 薩摩亞人
☐ 其他 _____

您是否為西語裔、拉美、或西班牙血統？
(可選) ☐ 是 ☐ 否
如果是，請勾選相應選項：
☐ 墨西哥人、墨西哥裔美國人、齊卡諾人
☐ 薩爾瓦多人 ☐ 危地馬拉人
☐ 古巴人 ☐ 波多黎各人
☐ 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 20 和第 21 頁的附錄 A。

1 號申請人 *接下頁*

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步： 1 號申請人 *(接上頁)*

請提供有關您目前的工作及賺錢方式的資訊。 *如果您需要更多空間，請加附一頁。*

您現在是否有工作？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

▶ 您現在在何處工作？ *若您有更多工作，請另附一張紙。*

工作 1: 您如何獲得薪酬？	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*
僱主名稱 *(可選)*	您的薪俸有多少（稅前）？ **$**
工作 2: 您如何獲得薪酬？	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*
僱主名稱 *(可選)*	您的薪俸有多少（稅前）？ **$** _____

▶ 您是否為自僱人員？

工作 1: 您是否為自僱人員？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

工作類型	您本月將有多少來自*自僱的淨收入*？ **$** _____ *淨收入指支出開支後餘下的收益。第 27 頁附錄 E 列出了應計入的項目。*

工作 2: 您是否為自僱人員？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

工作類型	您本月將有多少來自*自僱的淨收入*？ **$** _____ *淨收入指支出開支後餘下的收益。第 27 頁附錄 E 列出了應計入的項目。*

▶ 您是否有其他收入？ *其他收入指您從工作以外來源獲得的收入。不包括子女撫養費、退伍軍人津貼、或社會安全補助金 (SSI)。有關其他收入的示例，請參閱第 27 頁附錄 E。*

您是否有其他收入? ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的收入變化部分。

該收入來自何處？	**您獲得支付的頻率是多少？** *(請選擇一項)*	**數額？**
	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**
	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**

▶ 您的收入是否每月變化？ *如果是，請回答以下兩個問題。*

您認為您**今年**的總收入將有多少？ *(可選)* **$** _____	如果您認為您**明年**的收入將會發生變化，那麼明年的總收入將有多少？ *(可選)* **$** _____

▶ 您是否有扣除額？ *若您有任何可在聯邦收入所得稅申報書中扣除的特定支出，向我們說明相關資訊可能可降低健康保險的保費。請勿計入自僱開支。第 27 頁附錄 E 列出其他類型的扣除項。*

您是否有扣除額？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到下頁。

扣除額類型	**您獲得或支付該扣除額的頻率是多少？** *(請選擇一項)*	**數額？**
☐ 支付的贍養費 ☐ 支付的贍養費 ☐ 其他	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**
☐ 支付的贍養費 ☐ 支付的贍養費 ☐ 其他	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步：

2 號申請人 *介紹下一位在您家中生活的人員。*
若您在此份申請中包含四名以上人員， *請分別為多出的每位人員複印一份第 6– 8 頁的副本並完成填寫。*

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

☐ 若這位人員的住家地址與主要聯絡人的住家地址一致，請在此勾選。
若不同，則您必須在下面提供這位人員的住家地址：

住家地址 | 公寓號碼

城市 *(住家地址)* | 州 | 郵政編碼 | 縣

☐ 若這位人員沒有住家地址，請在此勾選。您必須在下面提供一個郵寄地址。

☐ 若這位人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人員的郵寄地址：

郵寄地址或郵箱 *(若與住家地址不同)* | 公寓號碼

城市 *(郵寄地址)* | 州 | 郵政編碼 | 縣

最方便聯絡這位人員的電話號碼 ☐ 住家 ☐ 手機 ☐ 辦公室
號碼：(　　)　　–

其他電話號碼 ☐ 住家 ☐ 手機 ☐ 辦公室
號碼：(　　)　　–

電郵地址:

您希望我們用哪種語言寫信給這位人員？

這位人員希望我們用哪種語言與他/她交談？

這位人員係: ☐ 男性 ☐ 女性

這位人員係: ☐ 單身 ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離異 ☐ 登記同居伴侶 ☐ 喪偶

出生日期 *(月/日/年)*

她是懷孕人士嗎？ ☐ 是 ☐ 否 ***如果是，***您是否懷孕？ _____
預產期是何時？ _____

申請健康保險 *即使這位人員目前已有保險，您也可能找到更好或保費更低的保險。*

▶ 這位人員係 申請健康保險? ☐ 是 ***如果是，***請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是，***SSN 資訊為可選。

★ 社會安全號碼 (SSN)
___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

若這位人員沒有 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 ☐ 不符合 SSN 資格條件

聯邦所得稅資訊 *即使這位人員沒有納稅，他/她仍可能有資格獲得透過 Medi-Cal 提供的免費或低保費保險。我們將為您提供的資訊保密，並僅將其用於決定這位人員員是否有資格獲得健康保險。*

這位人員是否為主報稅人（他/她的姓名是否排在納稅申報首位）？ ☐ 是 ☐ 否
本申請中只能有一人是主納稅申報人。

這位人員是否準備為**受益**年提交納稅申報？
☐ 是 ☐ 否 ***如果是，***他/她將以何種身份提交？
☐ 戶主 ☐ 單身 ☐ 受養人
☐ 已婚聯合申報 ☐ 已婚單獨申報

是否有任何人在其報稅中將這位人員填寫為受養人？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請問是誰？
☐ 本申請中的第 _____ 號參保人
☐ 這位人員是沒有撫養權的家長
☐ 這位人員是沒有撫養權的家長（他/她的孩子未列入本申請）

2 號申請人 *接下頁*

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步： 2 號申請人 *(接上頁)*

這位人員是否有其他健康保險或透過工作獲得保險？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請填寫第 22 和 23 頁的附錄 B。

這位人員是否有身體、心理、精神、或發展障礙？ ☐ 是 ☐ 否
有關殘障的定義，請參閱 FAQ #27。

這位人員是否需要長期護理或家庭及社區服務的幫助？
☐ 是 ☐ 否

這位人員是否為美國公民或擁有美國國籍？ ☐ 是 ☐ 否

如果這位人員**不是**美國公民或沒有美國國籍，請回答以下問題：

這位人員是否擁有適當的移民身份？ ☐ 是 ***若要查看這位人員是否擁有恰當的移民身份，****請參閱第 27 頁附件 E 的相關列表。*
然後在此處填寫證件資訊。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 號碼：_____

簽發國家：_____ 到期日：_____

證件上顯示的姓名：_____

這位人員自 1996 年以來是否一直在美國居住？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員、他/她的配偶或未婚的受養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

這位人員是否享受了醫療保險福利？
☐ 是 ☐ 否

這位人員在最近 3 個月中是否有需要獲得付款幫助的醫療費用支出？
☐ 是 ☐ 否

這位人員是否有和任何 19 歲以下的兒童同住？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，這位人員是否為這位或這些兒童的監護人？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員是否為 18-20 歲的全職學生？ ☐ 是 ☐ 否
這位人員是否在 18 到 26 歲這個區間？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，這位人員在 18 歲時是否在任何州接受寄養？ ☐ 是 ☐ 否
這位人員是否已滿 18歲？ ☐ 是 ☐ 否 有多少個父母與這位人員共同生活？_____

這位人員是否暫時居住在本州之外？ ☐ 是 ☐ 否

請提供這位人員的種族資訊 *該資訊將予以保密並將僅用於確保所有人都能獲得醫療保健。該資訊不會用於確定您有資格獲得什麼健康保險。*

這位人員的種族？ *(可選，請勾選所有適用選項)*

☐ 白種人
☐ 黑種人或非裔美籍
☐ 美國印第安人或阿拉斯加原住民
☐ 印度人
☐ 柬埔寨人
☐ 華人
☐ 菲律賓人
☐ 赫蒙人
☐ 日本人
☐ 韓國人
☐ 老撾人
☐ 越南人
☐ 夏威夷土著
☐ 關島人或查莫羅人
☐ 薩摩亞人
☐ 其他 _____

您是否為西語裔、拉美、或西班牙血統？
(可選) ☐ 是 ☐ 否

如果是，請勾選相應選項：

☐ 墨西哥人、墨西哥裔美國人、齊卡諾人
☐ 薩爾瓦多人 ☐ 危地馬拉人
☐ 古巴人 ☐ 波多黎各人
☐ 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 20 和第 21 頁的附錄 A。

2 號申請人 *接下頁*

第 2 步：2 號申請人 *(接上頁)*

說明這位人員目前的工作及賺錢方式 *如果您需要更多空間，請加附一頁。*

這位人員現在是否有工作？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

▶ 這位人員目前在哪裡工作？ *若他/她有更多工作，請另附一張紙。*

工作 1: 這位人員如何獲得薪酬？	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*
僱主名稱 *(可選)*	這位人員的薪俸有多少（稅前）？ **$** _____
工作 2: 這位人員如何獲得薪酬？	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*
僱主名稱 *(可選)*	這位人員的薪俸有多少（稅前）？ **$** _____

▶ 這位人員是否為自僱人員？

工作 1: 這位人員是否為自僱人員？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

工作類型	這位人員本月將有多少來自自僱的淨收入？ **$** _____ *淨收入指支出開支後餘下的收益。第 27 頁附錄 E 列出了應計入的項目。*

工作 2: 這位人員是否為自僱人員？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

工作類型	這位人員本月將有多少來自自僱的淨收入？ **$** _____ *淨收入指支出開支後餘下的收益。第 27 頁附錄 E 列出了應計入的項目。*

▶ 這位人員是否有其他收入? *其他收入指您從工作以外來源獲得的收入。有關其他收入的示例，請參閱第 27 頁附錄 E。不包括子女撫養費、退伍軍人津貼、或社會安全補助金 (SSI)。*

這位人員是否有其他收入? ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的收入變化部分。

該收入來自何處？	**這位人員獲得支付的頻率是多少？** *(請選擇一項)*	**數額？**
	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**
	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**

▶ 這位人員的收入是否每月發生變化？ *如果是，請回答以下兩個問題。*

這位人員**今年**的預期總收入是多少？ *(可選)* **$** _____	如果您認為這位人員**明年**的收入將會發生變化，那麼他/她明年的總收入將有多少？ *(可選)* **$** _____

▶ 這位人員是否有扣除額？ *若這位人員有任何可在聯邦收入所得稅申報書中扣除的特定支出，向我們說明相關資訊可能可降低健康保險的保費。請勿計入自僱開支。第 27 頁附錄 E 列出其他類型的扣除項。*

這位人員是否有扣除額？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到下頁。

扣除額類型	**這位人員獲得或支付該扣除額的頻率是多少？** *(請選擇一項)*	**數額？**
☐ 支付的贍養費 ☐ 支付的贍養費 ☐ 其他	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**
☐ 支付的贍養費 ☐ 支付的贍養費 ☐ 其他	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步： 3 號申請人 *介紹下一位在您家中生活的人員。*

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

☐ 若這位人員的住家地址與主要聯絡人的住家地址一致，請在此勾選。
若不同，則您必須在下面提供這位人員的住家地址：

住家地址 | 公寓號碼

城市 *(住家地址)*	州	郵政編碼	縣

☐ 若這位人員沒有住家地址，請在此勾選。您必須在下面提供一個郵寄地址。

☐ 若這位人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人員的郵寄地址：

郵寄地址或郵箱 *(若與住家地址不同)* | 公寓號碼

城市 *(郵寄地址)*	州	郵政編碼	縣

最方便聯絡這位人員的電話號碼 ☐ 住家 ☐ 手機 ☐ 辦公室
號碼：(　　) –

其他電話號碼 ☐ 住家 ☐ 手機 ☐ 辦公室
號碼：(　　) –

電郵地址:

您希望我們用哪種語言寫信給這位人員？

這位人員希望我們用哪種語言與他/她交談？

這位人員係: ☐ 男性 ☐ 女性

這位人員係: ☐ 單身 ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離異 ☐ 登記同居伴侶 ☐ 喪偶

出生日期 *(月/日/年)*

她是懷孕人士嗎？ ☐ 是 ☐ 否 ***如果是***，您是否懷孕？ _____
預產期是何時？ _____

申請健康保險 *即使這位人員目前已有保險，您也可能找到更好或保費更低的保險。*

▶ 這位人員係 申請健康保險? ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，SSN 資訊為可選。

★ 社會安全號碼 (SSN)
___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

若這位人員沒有 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 ☐ 不符合 SSN 資格條件 _____

聯邦所得稅資訊 *即使這位人員沒有納稅，他/她仍可能有資格獲得透過 Medi-Cal 提供的免費或低保費保險。我們將為您提供的資訊保密，並僅將其用於決定這位人員是否有資格獲得健康保險。*

這位人員是否為主報稅人（他/她的姓名是否排在納稅申報首位）？ ☐ 是 ☐ 否
本申請中只能有一人是主納稅申報人。

這位人員是否準備為受益年提交納稅申報？
☐ 是 ☐ 否 ***如果是***，他/她將以何種身份提交？
☐ 戶主 ☐ 單身 ☐ 受養人
☐ 已婚聯合申報 ☐ 已婚單獨申報

是否有任何人在其報稅中將這位人員填寫為受養人？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請問是誰？
☐ 本申請中的第 _____ 號參保人
☐ 這位人員是沒有撫養權的家長
☐ 這位人員是沒有撫養權的家長（他/她的孩子未列入本申請）

3 號申請人 *接下頁*

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步： 3 號申請人 *(接上頁)*

這位人員是否有其他健康保險或透過工作獲得保險？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請填寫第 22 和 23 頁的附錄 B。

這位人員是否有身體、心理、精神、或發展障礙？ ☐ 是 ☐ 否
有關殘障的定義，請參閱 FAQ #27。

這位人員是否需要長期護理或家庭及社區服務的幫助？
☐ 是 ☐ 否

這位人員是否為美國公民或擁有美國國籍？ ☐ 是 ☐ 否

如果這位人員不是美國公民或沒**有美**國國籍，請回答以下問題：

這位人員是否擁有適當的移民身份？ ☐ 是 ***若要查看這位人員是否擁有恰當的移民身份，****請參閱第 27 頁附件 E 的相關列表。*
然後在此處填寫證件資訊。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 號碼：_____

簽發國家： _____ 到期日： 證件上顯示的姓名： _____

證件上顯示的姓名： _____

這位人員自 1996 年以來是否一直在美國居住？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員、他/她的配偶或未婚的受養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

這位人員是否享受了醫療保險福利？
☐ 是 ☐ 否

這位人員在最近 3 個月中是否有需要獲得付款幫助的醫療費用支出？
☐ 是 ☐ 否

這位人員是否有和任何 19 歲以下的兒童同住？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，這位人員是否為這位或這些兒童的監護人？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員是否為 18-20 歲的全職學生？ ☐ 是 ☐ 否
這位人員是否在 18 到 26 歲這個區間？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，這位人員在 18 歲時是否在任何州接受寄養？ ☐ 是 ☐ 否
這位人員是否已滿 18歲？ ☐ 是 ☐ 否 有多少個父母與這位人員共同生活？ _____

這位人員是否暫時居住在本州之外？ ☐ 是 ☐ 否

請提供這位人員的種族資訊 *該資訊將予以保密並將僅用於確保所有人都能獲得醫療保健。該資訊不會用於確定您有資格獲得什麼健康保險。*

這位人員的種族？ *(可選，請勾選所有適用選項)*

☐ 白種人
☐ 黑種人或非裔美籍
☐ 美國印第安人或阿拉斯加原住民
☐ 印度人
☐ 柬埔寨人
☐ 華人
☐ 菲律賓人
☐ 赫蒙人
☐ 日本人
☐ 韓國人
☐ 老撾人
☐ 越南人
☐ 夏威夷土著
☐ 關島人或查莫羅人
☐ 薩摩亞人
☐ 其他 _____

您是否為西語裔、拉美、或西班牙血統？
(可選) ☐ 是 ☐ 否

如果是，請勾選相應選項：

☐ 墨西哥人、墨西哥裔美國人、齊卡諾人
☐ 薩爾瓦多人 ☐ 危地馬拉人
☐ 古巴人 ☐ 波多黎各人
☐ 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 20 和第 21 頁的附錄 A。

3 號申請人 *接下頁*

第 2 步： 3 號申請人 *(接上頁)*

說明這位人員目前的工作及賺錢方式 *如果您需要更多空間，請加附一頁。*

這位人員現在是否有工作？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

▶ 這位人員目前在哪裡工作？ *若他/她有更多工作，請另附一張紙。*

工作 1: 這位人員如何獲得薪酬？	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*
僱主名稱 *(可選)*	這位人員的薪俸有多少（稅前）？ **$** _____
工作 2: 這位人員如何獲得薪酬？	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*
僱主名稱 *(可選)*	這位人員的薪俸有多少（稅前）？ **$** _____

▶ 這位人員是否為自僱人員？

工作 1: 這位人員是否為自僱人員？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

工作類型	這位人員本月將有多少來自自僱的淨收入？ **$** _____ *淨收入指支出開支後餘下的收益。第 27 頁附錄 E 列出了應計入的項目。*

工作 2: 這位人員是否為自僱人員？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

工作類型	這位人員本月將有多少來自自僱的淨收入？ **$** _____ *淨收入指支出開支後餘下的收益。第 27 頁附錄 E 列出了應計入的項目。*

▶ 這位人員是否有其他收入? *其他收入指您從工作以外來源獲得的收入。有關其他收入的示例，請參閱第 27 頁附錄 E。不包括子女撫養費、退伍軍人津貼、或社會安全補助金 (SSI)。*

這位人員是否有其他收入? ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的收入變化部分。

該收入來自何處？	這位人員獲得支付的頻率是多少？ *(請選擇一項)*	數額？
	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**
	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**

▶ 這位人員的收入是否每月發生變化？ *如果是，請回答以下兩個問題。*

這位人員**今年**的預期總收入是多少？ *(可選)* **$** _____	如果您認為這位人員**明年**的收入將會發生變化，那麼他/她明年的總收入將有多少？ *(可選)* **$** _____

▶ 這位人員是否有扣除額？ *若這位人員有任何可在聯邦收入所得稅申報書中扣除的特定支出，向我們說明相關資訊可能可降低健康保險的保費。請勿計入自僱開支。第 27 頁附錄 E 列出其他類型的扣除項。*

這位人員是否有扣除額？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到下頁。

扣除額類型	這位人員獲得或支付該扣除額的頻率是多少？ *(請選擇一項)*	數額？
☐ 支付的贍養費 ☐ 支付的贍養費 ☐ 其他	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**
☐ 支付的贍養費 ☐ 支付的贍養費 ☐ 其他	☐ 每小時：每週多少小時？ _____ ☐ 每天：每週多少天？ _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步： 4 號申請人 *介紹下一位在您家中生活的人員。*

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

☐ 若這位人員的住家地址與主要聯絡人的住家地址一致，請在此勾選。
若不同，則您必須在下面提供這位人員的住家地址：

住家地址 | 公寓號碼

城市 *(住家地址)*	州	郵政編碼	縣

☐ 若這位人員沒有住家地址，請在此勾選。您必須在下面提供一個郵寄地址。

☐ 若這位人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人員的郵寄地址：

郵寄地址或郵箱 *(若與住家地址不同)* | 公寓號碼

城市 *(郵寄地址)*	州	郵政編碼	縣

最方便聯絡這位人員的電話號碼 ☐ 住家 ☐ 手機 ☐ 辦公室
號碼：(　　) –

其他電話號碼 ☐ 住家 ☐ 手機 ☐ 辦公室
號碼：(　　) –

電郵地址:

您希望我們用哪種語言寫信給這位人員？

這位人員希望我們用哪種語言與他/她交談？

這位人員係: ☐ 男性 ☐ 女性

這位人員係: ☐ 單身 ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離異 ☐ 登記同居伴侶 ☐ 喪偶

出生日期 *(月/日/年)*

她是懷孕人士嗎？ ☐ 是 ☐ 否 ***如果是***，您是否懷孕？ _____
預產期是何時？ _____

申請健康保險 *即使這位人員目前已有保險，您也可能找到更好或保費更低的保險。*

▶ 這位人員係 申請健康保險? ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，SSN 資訊為可選。

★ 社會安全號碼 (SSN)
___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

若這位人員沒有 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 ☐ 不符合 SSN 資格條件

聯邦所得稅資訊 *即使這位人員沒有納稅，他/她仍可能有資格獲得透過 Medi-Cal 提供的免費或低保費保險。我們將為您提供的資訊保密，並僅將其用於決定這位人員員是否有資格獲得健康保險。*

這位人員是否為主報稅人（他/她的姓名是否排在納稅申報首位）？ ☐ 是 ☐ 否
本申請中只能有一人是主納稅申報人。

這位人員是否準備為受益年提交納稅申報？
☐ 是 ☐ 否 ***如果是***，他/她將以何種身份提交？
☐ 戶主 ☐ 單身 ☐ 受養人
☐ 已婚聯合申報 ☐ 已婚單獨申報

是否有任何人在其報稅中將這位人員填寫為受養人？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請問是誰？
☐ 本申請中的第 _____ 號參保人
☐ 這位人員是沒有撫養權的家長
☐ 這位人員是沒有撫養權的家長（他/她的孩子未列入本申請）

4 號申請人 *接下頁*

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步： 4 號申請人 *(接上頁)*

這位人員是否有其他健康保險或透過工作獲得保險？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，請填寫第 22 和 23 頁的附錄 B。

這位人員是否有身體、心理、精神、或發展障礙？ ☐ 是 ☐ 否
有關殘障的定義，請參閱 FAQ #27。

這位人員是否需要長期護理或家庭及社區服務的幫助？
☐ 是 ☐ 否

這位人員是否為美國公民或擁有美國國籍？ ☐ 是 ☐ 否

如果這位人員不是美國公民或沒**有美**國國籍，請回答以下問題：

這位人員是否擁有適當的移民身份？ ☐ 是 ***若要查看這位人員是否擁有恰當的移民身份，****請參閱第 27 頁附件 E 的相關列表。*
然後在此處填寫證件資訊。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 號碼：_____

簽發國家：_____ 到期日：_____

證件上顯示的姓名：_____

這位人員自 1996 年以來是否一直在美國居住？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員、他/她的配偶或未婚的受養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

這位人員是否享受了醫療保險福利？
☐ 是 ☐ 否

這位人員在最近 3 個月中是否有需要獲得付款幫助的醫療費用支出？
☐ 是 ☐ 否

這位人員是否有和任何 19 歲以下的兒童同住？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，這位人員是否為這位或這些兒童的監護人？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員是否為 18-20 歲的全職學生？ ☐ 是 ☐ 否
這位人員是否在 18 到 26 歲這個區間？ ☐ 是 ☐ 否
如果是，這位人員在 18 歲時是否在任何州接受寄養？ ☐ 是 ☐ 否
這位人員是否已滿 18歲？ ☐ 是 ☐ 否 有多少個父母與這位人員共同生活？_____

這位人員是否暫時居住在本州之外？ ☐ 是 ☐ 否

請提供這位人員的種族資訊 *該資訊將予以保密並將僅用於確保所有人都能獲得醫療保健。該資訊不會用於確定您有資格獲得什麼健康保險。*

這位人員的種族？ *(可選，請勾選所有適用選項)*

☐ 白種人
☐ 黑種人或非裔美籍
☐ 美國印第安人或阿拉斯加原住民
☐ 印度人
☐ 柬埔寨人
☐ 華人
☐ 菲律賓人
☐ 赫蒙人
☐ 日本人
☐ 韓國人
☐ 老撾人
☐ 越南人
☐ 夏威夷土著
☐ 關島人或查莫羅人
☐ 薩摩亞人
☐ 其他 _____

您是否為西語裔、拉美、或西班牙血統？
(可選) ☐ 是 ☐ 否

如果是，請勾選相應選項：

☐ 墨西哥人、墨西哥裔美國人、齊卡諾人
☐ 薩爾瓦多人 ☐ 危地馬拉人
☐ 古巴人 ☐ 波多黎各人
☐ 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 20 和第 21 頁的附錄 A。

4 號申請人 *接下頁*

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 2 步： 4 號申請人 *(接上頁)*

說明這位人員目前的工作及賺錢方式 *如果您需要更多空間，請加附一頁。*

這位人員現在是否有工作？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

▶ 這位人員目前在哪裡工作？ *若他/她有更多工作，請另附一張紙。*

工作 1: 這位人員如何獲得薪酬？	☐ 每小時：每週多少小時？_____ ☐ 每天：每週多少天？_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*
僱主名稱 *(可選)*	這位人員的薪俸有多少（稅前）？ **$**_____
工作 2: 這位人員如何獲得薪酬？	☐ 每小時：每週多少小時？_____ ☐ 每天：每週多少天？_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*
僱主名稱 *(可選)*	這位人員的薪俸有多少（稅前）？ **$**_____

▶ 這位人員是否為自僱人員？

工作 1: 這位人員是否為自僱人員？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

工作類型	這位人員本月將有多少來自自僱的淨收入？ **$**_____ *淨收入指支出開支後餘下的收益。第 27 頁附錄 E 列出了應計入的項目。*

工作 2: 這位人員是否為自僱人員？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的其他收入部分。

工作類型	這位人員本月將有多少來自自僱的淨收入？ **$**_____ *淨收入指支出開支後餘下的收益。第 27 頁附錄 E 列出了應計入的項目。*

▶ 這位人員是否有其他收入？ *其他收入指您從工作以外來源獲得的收入。有關其他收入的示例，請參閱第 27 頁附錄 E。不包括子女撫養費、退伍軍人津貼、或社會安全補助金 (SSI)。*

這位人員是否有其他收入? ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到本頁的收入變化部分。

該收入來自何處？	這位人員獲得支付的頻率是多少？ *(請選擇一項)*	數額？
	☐ 每小時：每週多少小時？_____ ☐ 每天：每週多少天？_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**
	☐ 每小時：每週多少小時？_____ ☐ 每天：每週多少天？_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**

▶ 這位人員的收入是否每月發生變化？ *如果是，請回答以下兩個問題。*

這位人員**今年**的預期總收入是多少？ *(可選)* **$**_____	如果您認為這位人員**明年**的收入將會發生變化，那麼他/她明年的總收入將有多少？ *(可選)* **$**_____

▶ 這位人員是否有扣除額？ *若這位人員有任何可在聯邦收入所得稅申報書中扣除的特定支出，向我們說明相關資訊可能可降低健康保險的保費。請勿計入自僱開支。第 27 頁附錄 E 列出其他類型的扣除項。*

這位人員是否有扣除額？ ☐ 是 ***如果是***，請回答下列問題。 ☐ 否 ***如果不是***，請轉到下頁。

扣除額類型	這位人員獲得或支付該扣除額的頻率是多少？ *(請選擇一項)*	數額？
☐ 支付的贍養費 ☐ 支付的贍養費 ☐ 其他	☐ 每小時：每週多少小時？_____ ☐ 每天：每週多少天？_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**
☐ 支付的贍養費 ☐ 支付的贍養費 ☐ 其他	☐ 每小時：每週多少小時？_____ ☐ 每天：每週多少天？_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 一個月兩次 ☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每 6 個月一次 ☐ 每年一次 ☐ 一次性支付 *(見第 33 頁 FAQ #33)*	**$**

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **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

★ 您可以選擇其他人擔任您的「授權代表」。授權代表是您允許他/她查看您的申請及在當前及以後就該申請與我們洽談的人員。

授權代表姓名

地址 公寓號碼

城市	州	郵政編碼	縣

一旦簽字，即代表您允許這位人員簽署您的申請，獲得有關本申請的官方資訊，並代表您在未來所有與本代理相關的事宜上行事。

您的簽字	日期
▶	

私隱聲明

本申請旨在獲得透過 Covered California 提供的健康保險或透過健康服務部 (DHCS) 提供的福利。您就此提供的個人及醫療資訊屬於隱私及機密資訊。Covered California 或 DHCS 需要該資訊，以識別您和申請表上的其他人士及管理我們的計劃。

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、聯邦及本地機構、承包商、健康計劃及項目共享您的資訊，且僅按法律規定與其他州和聯邦機構共享。

- 您必須回答本申請的所有問題，除非其標記為「可選」。如果您的申請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，***我們將無法就您的申請作出決定。您可能必須提交新申請，否則您將無法透過 Covered California 獲得健康保險，或者您的福利申請將被拒絕。
- 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訊。如果您需要其他格式（如，大字版），您可以要求提供其他格式。

若要瞭解更多資訊或查看 **Covered California** 記錄，請聯絡私隱專員：

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

電話: **1-800-300-1533**
TTY: 1-888-889-4500

對於**健康服務部**，請聯絡資訊保護科：

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413

電話: **1-866-866-0602**
TTY: 1-877-735-2929

以下州和聯邦法律賦予我們收集及保管有關申請資訊的權利：

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

DHCS: 加州福利與機構。法規 § 14011 及第 3 條、第 5 和第 7 章、第 2 和第 3 部分、第 9 分部

我們必須根據加州民事法典 §1 798.17 向您提供該私隱聲明。

您可以在

CoveredCA.com 查看 Covered California 的私隱政策，在 dhcs.ca.gov 查看 DHCS 的私隱規則通告。

第 3 步 *接下頁*

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 3 步： 請閱讀並在本申請上簽字 *(接上頁)*

您的權利與義務

- 本人在本申請中提供的資訊據本人所知均屬實。本人知道，若資訊不實，本人可能必須支付罰金。
- 本人瞭解，本人提供的資訊將僅用於確定本人的家庭成員是否有資格獲得健康保險。
- 本人瞭解，Covered California 和 Medi-Cal 計劃將依照法律要求為本人的資訊保密。若要瞭解更多資訊或查閱由 Covered California 及 Medi-Cal 計劃保管的記錄中的個人資訊，本人可聯絡私隱專員，電話：**1-800-300-1533** (TTY:1-888-889-4500)。
- 本人明白，若要符合 Medi-Cal 的資格條件，本人須申請本人或本人的任何家庭成員有權獲得的其他收入或福利，除非他/她有不這麼做的合理理由。該等收入或福利包括：養老金、政府福利、退休收入、退伍軍人福利、年金、殘障福利、社會保障福利（亦稱 OASDI 或老年、遺屬及殘疾保險）以及失業津貼。但該等收入或福利不包括公共援助福利，如 CalWORKs 或 CalFresh。若本人對可能的收入來源存在疑問，本人可以致電 **1-800-300-1533** (TTY:1-888-889-4500) 聯絡 Covered California 求助。
- 本人明白，若本申請中填寫的任何資訊有所變更，本人必須告知 Covered California 或縣社會服務辦事處。若要報告變更情況，本人可致電 **1-800-300-1533** (TTY:1-888-889-4500) 或登錄 **CoveredCA.com** 聯絡Covered California，或者致電縣社會服務辦事處。
- 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、退伍軍人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膳宿，本人可登錄 **www.hhs.gov/ocr/office/file** 或 **http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form** 作出投訴。若本人認為 Covered California 在確定 Medi-Cal 資格條件時已歧視本人或本申請中的任何其他人士，本人可致電 **1-916-440-7370** (TTY:1-916-440-7399)，向健康服務部公民權利辦公室作出投訴。
- 本人明白，本人的資訊或申請人家庭任何成員的資訊變更都可能影響其他家庭成員的資格。
- 除為申請 Medi-Cal 目的外，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，本人必須向 Covered California 報告收入變化，因為這可能會影響本人有權獲得的保費援助（或稅收減免）的數額。本人亦明白，若本人在受益年獲得過多的保費援助（或稅收減免），當本人為受益年申報聯邦所得稅時，本人須向 IRS 償還超額的保費援助。
- 本人允許 Covered California 檢查其他代理機構的計算機記錄以核實公民身份、適當移民身份和納稅資訊、以及其他僅與資格條件相關的資訊，從而確認本人和本申請中的其他人員是否有資格獲得健康保險。

若申請中有人有資格獲得 Medi-Cal：

- 本人明白，若由 Medi-Cal 支付醫療費用，本人或本申請中的任何人士從其他健康保險或法定賠償獲得的所有金額將支付給 Medi-Cal 抵扣其費用，直至相關費用悉數支付。

對於其孩子有資格獲得 Medi-Cal 的父母：

- 本人明白，本人將應要求幫助代理機構向本申請中不與孩子共同生活且不向孩子提供扶助的父母索取醫療援助。若本人認為該幫助將使本人或本人子女受到傷害，本人可告知 Medi-Cal 計劃並拒絕提供此幫助。

您的權利與義務 接下頁

第 3 步： 請閱讀並在本申請上簽字 *(接上頁)*

您的權利與義務 *(接上頁)*

您的申訴權利：

- 若本人認為 Covered California 或 Medi-Cal 出現錯誤，本人可對其決定提出申訴。申訴指向 Covered California 或 Medi-Cal 計劃的人員說明，本人認為他們的決定是錯誤的，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。
- 本人明白，本人必須在決定作出後 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，若本人需要幫助，Covered California、Medi-Cal 計劃或縣社會服務辦公室的人員可向本人解釋我的案件。

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 使用電腦來源（如，IRS）核對本人的收入。若相關來源顯示本人仍符合資格條件，本人的保險可續期 12 個月，本人無須填寫續保表格或發送其他文件。

本人明白，若本人選擇不允許 Covered California 使用電腦來源，本人須每 12 個月完成續保文件，以繼續獲得健康保險。

本人允許 Covered California 或 Medi-Cal 計劃核對本人的資訊，為期：

☐ 5 年 ☐ 4 年 ☐ 3 年 ☐ 2 年 ☐ 1 年

或

☐ 本人不希望 Covered California 在續保時核對本人的納稅申報。

聲明及簽署 *此為必填項。*

本人聲明，本人以下所述均真實無誤，任何偽證行為將接受處罰。

- 本人理解本申請中的所有問題，並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，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，本申請中的資訊將用於決定進行申請的人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訊保密。
- 本人同意，若本申請中任何健康保險申請人之資訊發生任何變更，本人將致電 **1-800-300-1533** (TTY:1-888-889-4500) 或登錄 **CoveredCA.com** 通知 Covered California。
- 若本人透過填寫及提交附錄 D 選擇健康計劃，且 Covered California 確定本人符合參加在附錄 D 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人訂立合同。
  - 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，能夠訂立合同。

申請人或授權代表簽字 ▶	日期

第 3 步 *接下頁*

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 3 步：請閱讀並在本申請上簽字 *(接上頁)*

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，作為經認證的登記諮詢師、保險代理人或經認證的計劃登記員，本人幫助申請人完成本申請，該項服務為免費。本人亦證明，本人已就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訊的風險，申請人已明白該解釋。

☐ 經認證的登記諮詢師 姓名：	CEC 號碼
經認證的登記實體 名稱：	CEE 號碼
☐ 經認證的保險代理人 姓名：	牌照號碼
☐ 經認證的計劃登記員　計劃：_____ 姓名：	認證號碼
經認證人士簽字 ▶	日期

除非在申請提交時，經認證的登記諮詢師已完全及正確填寫本部分，否則，本州不會給 Covered California 認證的登記實體提供報酬。

第 4 步：郵寄資訊和檢查清單

請將您已簽署的申請郵寄至：

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

您是否記得：

- 向我們介紹您家中的所有人員，即使他們不需要保險？須包含的人員列表請見第 3 頁。
- 詢問您的僱主您是否有資格獲得任何與工作相關的保險？
- 在**第 17 頁簽署**本申請？若您選擇了授權代表，另請在第 15 頁簽字。

補充問題 *(可選)*

1. **您是否希望就所有 Medi-Cal 計劃接受審議？** ☐ 是 ☐ 否
   還有其他針對 65 歲或以上人士、殘疾人士或具有特殊健康護理需求人士的 Medi-Cal 計劃。

   如果您選擇是，我們將聯絡您，以獲取有關您的財產和資產的資訊。

2. **您的生活最近是否有變化，使您覺得必須申請健康保險？**
   如果是，請勾選所有適用的項。

   ☐ 搬到加州
   ☐ 獲得公民身份或合法身份
   ☐ 失去健康保險
   ☐ 獲得受養人（透過生育、結婚或收養）
   ☐ 其他
   ☐ 已出獄
   ☐ 最近獲得保費援助資格
   ☐ 申請 Medi-Cal
   ☐ 美國印第安人或阿拉斯加原住民

   上述因素發生在何時？ *(月/日/年)* _____

第 4 步 *接下頁*

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

第 4 步： 郵寄資訊和檢查清單 *(接上頁)*

您是如何得知 Covered California 的？

勾選所有適用選項。

☐ 外展及教育計劃 ☐ 電視廣告 ☐ 電臺廣告 ☐ 網上廣告 ☐ 電郵
☐ 雜誌或報紙廣告 ☐ 郵寄廣告 ☐ 互聯網搜索 ☐ 新聞計劃或故事
☐ 社交媒體（如，Facebook、Twitter 等） ☐ 手機應用程式 ☐ 社區組織或活動
☐ 佈告板 ☐ 簽到零售商店 ☐ 朋友或家人 ☐ 小冊子
☐ 經認證的保險代理人 ☐ 經認證的登記諮詢師 ☐ 僱主 ☐ 教堂
☐ CoveredCA.com 網站 ☐ 藥房 ☐ 服務供應商或醫院 ☐ 政府辦公室
☐ 口頭宣傳 ☐ 其他_____

需要關於其他計劃的更多資訊？

您和您的家庭是否願意自 2014 年 1 月 1 日起，將您剛才提供的資訊分享給當地健康及人類服務署，以便申請其他計劃？擁有移民的家庭亦可申請。即使您不符合參保資格，您亦可為您的孩子申請。為您符合資格條件的孩子申請不會影響您的移民身份或者成爲永久居民或公民的機會。

若要在 2014 年 1 月 1 日前申請營養或現金補助，請登錄 **benefitscal.org**，或親自申請，或致電 **1-877-847-3663** 索取您住所或工作場所附近的相關機構列表。

有關 2014 年 1 月 1 日之後的福利，請查閱您希望轉介的計劃：

☐ **CalFresh：** *幫助人們支付食物費用的計劃。相關福利每月存入借記卡，該借記卡可用於在市場和商店購買大部分食品。該計劃亦稱為營養補充援助計劃 (SNAP) 。若要瞭解更多資訊，請登錄 **www.calfresh.ca.gov**。*

☐ **CalWORKs：** *向擁有兒童的低收入家庭提供現金援助及支持服務的計劃，旨在幫助支付住房、食物及其他必要費用。*

您還可以在網上找到關於這些計劃的更多資訊：

母嬰保健計劃 (AIM)
一項旨在幫助孕婦獲得健康護理的計劃： **aim.ca.gov**

兒童健康及殘障預防 (CHDP)
一項為低收入家庭的兒童提供定期健康評估及服務的預防性計劃 **www.dhcs.ca.gov/services/chdp**

早期和定期普查、診斷和治療 (EPSDT)
一項由 Medi-Cal 為 21 歲以下兒童及青少年提供的計劃，該計劃可透過定期健康檢查確定健康護理需求，並在必要時進行診斷和治療
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx

家庭計劃、獲得照顧、護理和治療 (Family PACT)
一項為低收入人士（包括青少年）提供免費家庭計劃服務的計劃 **familypact.org**

家居支援服務計劃 (IHSS)
定服務（該等服務可確保您能夠安全留在家中）費用的計劃 **www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm**

婦幼營養補助計劃 (WIC)
一項為孕婦、初產婦、以及 5 歲以下嬰幼兒提供的營養計劃 **www.wicworks.ca.gov**

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

CCFRM604 (11/13) CH

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）並可能具有特別登記時段。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登記卡或印第安人事務局簽發的印第安血統純度鑒定證書 (CDIB)。如果您認為自己符合 Medi-Cal 的資格條件，則無須提供相關證明。要確定自己是否符合 Medi-Cal 的資格條件，請查閱附錄 F。

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訊，**請複製本頁**，並務必連同您的申請一併提交。

1 號申請人: 名　　中間名　　姓氏　　後綴 *(示例：Sr.、Jr.、III、IV)*

這位人員是否屬於聯邦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：* _____

這位人員是否已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或透過轉介獲得其中一項計劃提供的服務？ ☐ 是 ☐ 否

如果不是，這位人員是否有資格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或透過轉介獲得其中一項計劃提供的服務？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員是否透過以下任意來源獲得收入？ ☐ 是 ***如果是，***請在下方填寫數額及頻率。
☐ 否 ***如果不是，***請繼續本申請。

▶ 向部落支付的來自自然資源、使用權、租賃、或者特許使用權的費用
金額 **$**_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他_____

▶ 來自因使用自然資源、農業、牧業、或漁業用途的印第安託管地而支付的租賃或特許使用權費用
金額 **$**_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他_____

▶ 來自出售具有人文價值的物品的收入
金額 **$**_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他_____

2 號申請人: 名　　中間名　　姓氏　　後綴 *(示例：Sr.、Jr.、III、IV)*

這位人員是否屬於聯邦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：* _____

這位人員是否已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或透過轉介獲得其中一項計劃提供的服務？ ☐ 是 ☐ 否

如果不是，這位人員是否有資格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或透過轉介獲得其中一項計劃提供的服務？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員是否透過以下任意來源獲得收入？ ☐ 是 ***如果是，***請在下方填寫數額及頻率。
☐ 否 ***如果不是，***請繼續本申請。

▶ 向部落支付的來自自然資源、使用權、租賃、或者特許使用權的費用
金額 **$**_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他_____

▶ 來自因使用自然資源、農業、牧業、或漁業用途的印第安託管地而支付的租賃或特許使用權費用
金額 **$**_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他_____

▶ 來自出售具有人文價值的物品的收入
金額 **$**_____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他_____

附錄 A：美國印第安人或阿拉斯加原住民 *(接上頁)*

3 號申請人: 名　　中間名　　姓氏　　後綴 *(示例：Sr.、Jr.、III、IV)*

這位人員是否屬於聯邦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：* _____

這位人員是否已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或透過轉介獲得其中一項計劃提供的服務？ ☐ 是 ☐ 否

***如果不是，**這位人員是否有資格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或透過轉介獲得其中一項計劃提供的服務？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員是否透過以下任意來源獲得收入？ ☐ 是 ***如果是，**請在下方填寫數額及頻率。
☐ 否 ***如果不是，**請繼續本申請。

▶ 向部落支付的來自自然資源、使用權、租賃、或者特許使用權的費用
金額 **$** _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他 _____

▶ 來自因使用自然資源、農業、牧業、或漁業用途的印第安託管地而支付的租賃或特許使用權費用
金額 **$** _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他 _____

▶ 來自出售具有人文價值的物品的收入
金額 **$** _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他 _____

4 號申請人: 名　　中間名　　姓氏　　後綴 *(示例：Sr.、Jr.、III、IV)*

這位人員是否屬於聯邦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：* _____

這位人員是否已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或透過轉介獲得其中一項計劃提供的服務？ ☐ 是 ☐ 否

***如果不是，**這位人員是否有資格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或透過轉介獲得其中一項計劃提供的服務？ ☐ 是 ☐ 否

這位人員是否透過以下任意來源獲得收入？ ☐ 是 ***如果是，**請在下方填寫數額及頻率。
☐ 否 ***如果不是，**請繼續本申請。

▶ 向部落支付的來自自然資源、使用權、租賃、或者特許使用權的費用
金額 **$** _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他 _____

▶ 來自因使用自然資源、農業、牧業、或漁業用途的印第安託管地而支付的租賃或特許使用權費用
金額 **$** _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他 _____

▶ 來自出售具有人文價值的物品的收入
金額 **$** _____ ☐ 每週 ☐ 兩週一次 ☐ 每月 ☐ 其他 _____

附錄 B：請向我們提供有關您家人的健康保險的資訊

★ 若您需要向我們提供超過四位擁有其他健康保險的人士的資訊，**請複製本頁**，並務必連同您的申請一併提交。

請向我們提供有關您當前擁有的健康保險的資訊

請為每一位需要健康保險補助的人員回答下列問題。

我們需要知道申請健康保險的人士是否已經受保。您無須提供未被視為最基本健康保險的保險資訊。您無須向我們提供相關資訊的計劃包括：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、靈活儲蓄計劃、健康儲蓄帳戶或其他國家提供的保險。

我們需要知道相關人士是否已參加以下健康保險：COBRA、僱主資助的保險、和平隊計劃、退休人員健康計劃、TRICARE/CHAMPUS、退伍軍人健康計劃或其他健康保險。相關人士是否已參加這些保險？

☐ **是** ***如果是，***請完成本頁。若您需要更多空間，請另附一張紙。
☐ **否** ***如果不是，***請轉到第 23 頁。

註：如果您有自行購買的私人健康保險，請勾選下表中「屬於哪一類？」下的「其他健康保險」方框。

姓名 *名、中間名、姓氏、後綴（示例：Jr.、Sr.、III、IV）*	**屬於哪一類？** *(請選擇一項)*	
1 號申請人: _____ 這位人員是否已獲提供 2014 年 1 月的實惠全保健康保險？ ☐ 是 ☐ 否	☐ COBRA ☐ 僱主資助的保險 ☐ 和平隊 ☐ 其他健康保險	☐ 退伍軍人健康計劃 ☐ 退休人員健康計劃 ☐ TRICARE/CHAMPUS
2 號申請人: _____ 這位人員是否已獲提供 2014 年 1 月的實惠全保健康保險？ ☐ 是 ☐ 否	☐ COBRA ☐ 僱主資助的保險 ☐ 和平隊 ☐ 其他健康保險	☐ 退伍軍人健康計劃 ☐ 退休人員健康計劃 ☐ TRICARE/CHAMPUS
3 號申請人: _____ 這位人員是否已獲提供 2014 年 1 月的實惠全保健康保險？ ☐ 是 ☐ 否	☐ COBRA ☐ 僱主資助的保險 ☐ 和平隊 ☐ 其他健康保險	☐ 退伍軍人健康計劃 ☐ 退休人員健康計劃 ☐ TRICARE/CHAMPUS
4 號申請人: _____ 這位人員是否已獲提供 2014 年 1 月的實惠全保健康保險？ ☐ 是 ☐ 否	☐ COBRA ☐ 僱主資助的保險 ☐ 和平隊 ☐ 其他健康保險	☐ 退伍軍人健康計劃 ☐ 退休人員健康計劃 ☐ TRICARE/CHAMPUS

***附錄 B** 接下頁*

附錄 B：請向我們提供有關您家人的健康保險的資訊 *(接上頁)*

僱主健康保險 *請為每一位需要健康保險補助的人員回答下列問題。*

★ 我們需要瞭解有關您可能透過僱主獲得的任何健康保險的情況。您可使用第 24 頁的附錄 C，僱主保險表格幫助您完成本部分。**僅**當某位家庭成員符合僱主提供的健康保險資格時回答以下問題或使用附錄 C。

本申請中是否有任何人獲得了由僱主提供的健康保險？

*該保險可能來自其他人，例如父母或配偶的工作。也可能包含 COBRA、TRICARE、聯邦或州僱主、私人僱主、或和平隊計劃。您可能擁有無須向我們報告的其他健康保險。以下為您**無須**向我們報告的其他保險（未被視為最基本保險）**示例**：靈活儲蓄計劃、健康儲蓄帳戶、殘疾保險或其他國家提供的保險。*

☐ **是** ***如果是，***請回答這些問題。若您需要更多空間，請另附一張紙。

☐ **否** ***如果不是，***請返回申請並繼續。

姓名 *名、中間名、姓氏、後綴（示例：Jr.、Sr.、III、IV）*	**僱主名稱** *(可選)*	**這位人員：**	**這位人員每月須支付多少保費？**	**該健康計劃是否達到最低標準值*？**
1 號申請人:		☐ 現已參加 ☐ 要加入的計劃 *開始日期* _____ ☐ 並未參加	**$**	☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道
2 號申請人:		☐ 現已參加 ☐ 要加入的計劃 *開始日期* _____ ☐ 並未參加	**$**	☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道
3 號申請人:		☐ 現已參加 ☐ 要加入的計劃 *開始日期* _____ ☐ 並未參加	**$**	☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道
4 號申請人:		☐ 現已參加 ☐ 要加入的計劃 *開始日期* _____ ☐ 並未參加	**$**	☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

僱主會為新計劃年度作出什麼變更（如果知道）？

☐ 僱主不會提供健康保險。

☐ 僱主將開始向僱員提供健康保險，或更改僅適用於符合**最低價值標準***的僱員的最低成本計劃的保費。（保費應反映福利計劃的優惠）

僱員為該計劃需支付的保費為多少？ **$**_____

支出頻率？

☐ 每週 ☐ 每兩週一次 ☐ 一個月兩次

☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每年一次

變更日期 _____

***最低價值標準**指，就向僱員提供的計劃福利，計劃至少支付總成本的 60%。（1986 年美國國內稅收法規第 36B(c)(2)(C)(ii) 節）

附錄 C：僱主保險表格

COVERED CALIFORNIA

本表格僅適用於有資格透過工作獲得健康保險的人士。
對於透過 Covered California 提供的一些健康保險計劃（包括 Medi-Cal），無需該表格。
如果您不確定是否需要使用該表格，請致電 Covered California：**1-800-300-1533** (TTY:1-888-889-4500)。
如果您認為自己符合 Medi-Cal 的資格條件，則無須填寫該表格。若要確定自己是否符合 Medi-Cal 或保費援助的資格條件，請參閱第 28 頁附錄 F。

若您有多份工作為您提供了健康保險，請分別為每位僱主各使用一份表格。

▶ 僱員資訊 *您需要填寫本部分。*

★ 請填寫您的姓名及社會安全號碼 (SSN)（*可選*）。然後複製本頁或向您的僱主提供本申請。請您的僱主填寫本頁的剩下部分。若選擇複製本頁，請確保將其與您的申請一起遞送。

僱員： 名	中間名	姓氏	後綴	社會安全號碼 (SSN) *(可選)*
				___ – __ – ____

▶ 僱主資訊 *請您的僱主提供該資訊。*

★ **致僱主：**為完成 Covered California 的申請，我們需要瞭解有關您的僱員可能從您這裡獲得的健康保險的資訊。請提供以下資訊（即使貴公司並未提供健康保險）。

僱主名稱		僱主識別號 (EIN)
		__ – _____
僱主地址		僱主電話號碼
城市	州	郵政編碼

我們可就僱員在此工作中獲得的健康保險聯絡何人？

電話號碼	電郵地址

☐ 我們不提供健康保險。 ☐ 該僱員無資格享受我們的保險計劃。

☐ 該僱員有資格享受我們的保險計劃，且該保險開始於_____（*開始日期*）。

該僱員在這份工作中可加入的費用最低、僅涉及本人的健康計劃的名稱是什麼？請僅考慮符合由 2010 年頒佈的聯邦患者權利與平價醫療法案規定的**最低價值標準***的計劃。若您不能確定，請詢問您的健康保險發行人。

名稱：_____

☐ 沒有符合**最低價值標準***的計劃。

僱員需支付的最低保費為多少？ **$** _____

支出頻率？

☐ 每週 ☐ 每兩週一次 ☐ 一個月兩次
☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每年一次
☐ 其他 _____

您將為新計劃年作出怎樣的變動（如果知道）？

☐ 我們不會提供健康保險。

☐ 我們將開始向僱員提供健康保險，或更改僅適用於符合**最低價值標準***的僱員的最低成本計劃的保費。（保費應反映福利計劃的優惠）

僱員為該計劃需支付的保費為多少？ **$** _____

支出頻率？

☐ 每週 ☐ 每兩週一次 ☐ 一個月兩次
☐ 每月 ☐ 每季度一次 ☐ 每年一次

變更日期 _____

***最低價值標準**指，就向僱員提供的計劃福利，計劃至少支付總成本的 60%。（1986 年美國國內稅收法規第 36B(c)(2)(C)(ii) 節）

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

附錄 D：請選擇您的兒童牙科計劃及健康保險計劃

★ 若您需要向我們提供超過四位希望選擇兒童牙科計劃或健康保險計劃的人士的資訊，**請複製本頁和下一頁**，並務必連同您的申請一併提交。

如果您認為自己符合保費補助的資格，請在下方提供您想要獲得的兒童牙科計劃或健康保險計劃名稱或級別。若要瞭解關於 Covered California 提供的更多私人計劃的資訊，請登錄 **CoveredCA.com** 或致電 **1-800-300-1533** (TTY: 1-888-889-4500)。

如果您認為自己符合 Medi-Cal 的資格，請在下方提供您想要獲得的健康保險計劃的名稱。若要瞭解有關您所在的縣可提供的 Medi-Cal 計劃的更多資訊，或在登記之後更改計劃，請致電 **1-800-430-4263** (TTY:1-800-430-7077) 聯絡健康護理選擇計劃，或登錄 **healthcareoptions.dhcs.ca.gov**。

若要確定自己是否符合 Medi-Cal 或保費援助的資格條件，請參閱附錄 F。

▶ *請僅為 18 歲或以下兒童*選擇 Covered California 兒童牙科計劃

姓名 *名、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**
兒童 1:		☐ 高 ☐ 低	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
兒童 2:		☐ 高 ☐ 低	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
兒童 3:		☐ 高 ☐ 低	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
兒童 4:		☐ 高 ☐ 低	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO

DEPO–牙科專用服務供應商組織；DHMO–牙科健康維護組織；DPPO–牙科優選服務供應商組織

▶ 選擇您的健康保險計劃

Medi-Cal 和 Covered California 計劃		僅限 Covered California 計劃		
姓名 *名、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**
1 號申請人:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ 最基本保險計劃		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
2 號申請人:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ 最基本保險計劃		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
3 號申請人:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ 最基本保險計劃		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
4 號申請人:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ 最基本保險計劃		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO

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 D 接下頁

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

約束性仲裁協議

▶ 對於選擇 Covered California 計劃的每位人士：

本人明白，每項健康計劃均有其解決爭議或申索的規則，包括但不限於由本人、本人登記的受養人、繼承人或授權代表就在健康計劃中的成員身份、對服務或醫療項目的承保、服務或醫療項目的交付、醫療事故或醫院的不當行為（有關醫療服務並非必需服務或屬未授權服務或以不當、疏忽或非謹慎方式實施的申索）或設施責任提出的針對健康計劃、任何簽約健康服務供應商、管理者或其他相關方的申索。

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索（根據適用法律規定不受約束性仲裁規限的小額索償法院案件或申索除外），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** 在線查閱，本人亦可致電 **1-800-300-1533 (TTY:1-888-889-4500)** 向 **Covered California** 瞭解更多資訊。

▶ 對於選擇 Kaiser Medi-Cal 計劃的每位人士：

約束性仲裁通告：本人已閱讀計劃說明。本人明白，**Kaiser** 規定使用約束性中立仲裁解決特定爭議。這包括有關是否提供正確的醫療（亦稱醫療事故）的爭議以及與福利或服務交付有關的其他爭議，包括提供的醫療服務是否並非必需服務或屬未授權服務或以不當、疏忽或非謹慎方式實施。若本人選擇 **Kaiser** 作為 **Medi-Cal** 健康計劃，本人放棄將特定爭議提交陪審團或法院審理的法定權利。本人亦同意使用約束性中立仲裁解決該等爭議。本人不放棄根據州聽證程序對任何問題舉行州聽證的權利。

▶ 所有計劃參與者的簽字

1 號申請人或1 號申請人 的負責方或授權代表（至少年滿 18 歲）的簽字 ▶	日期
2 號申請人或2 號申請人 的負責方或授權代表（至少年滿 18 歲）的簽字 ▶	日期
3 號申請人或3 號申請人 的負責方或授權代表（至少年滿 18 歲）的簽字 ▶	日期
4 號申請人或4 號申請人 的負責方或授權代表（至少年滿 18 歲）的簽字 ▶	日期

第 2 步參考 *使用這些列表回答第 2 步的問題。*

移民身份

就「申請健康保險」使用該列表

如果您具有以下其中一個移民身份，***您可能有資格獲得健康保險：***

- 合法永久居民（LPR/綠卡持有人）
- 合法臨時居民 (LTR)
- 難民
- 避難者
- 古巴/海地入境者
- 被假釋到美國
- 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
- 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。*
- 根據移民法或聯合國禁止酷刑公約 (CAT) 取消遞解/驅逐令
- 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
- 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
- 庇護申請人
- 具有僱傭核實文件 (EAD) 的登記申請人
- 被監控狀態（持有 EAD）
- 取消遞解/暫緩驅逐令的申請人（持有 EAD）

即使您的移民身份並非上述身份，您仍可能符合健康保險的資格條件，因此應該進行申請。

自僱

就「您是否為自僱人員？」使用該列表

您可從您的總收入中扣除以下項目，以計算出您的自僱淨收入。更多資訊請查閱 **irs.gov** 上的「附表 C 說明」。

- 汽車和卡車開支（用於工作日差旅，而非通勤用途）
- 折舊
- 員工薪金和附加福利
- 財產、債務、或營業中斷保險
- 利息（包括向銀行支付的抵押貸款利息等）
- 法律和專業服務
- 營業財產和公共事業設備的出租或租賃
- 傭金、稅金、許可及費用
- 廣告宣傳
- 合同工
- 維修費
- 必需的商務差旅及食宿費

其他收入示例

就「您是否有其他收入？」使用該列表

- 失業津貼
- 社會保障福利
- 退休或養老金收入
- 出租或特許權使用費收入
- 收到贍養費
- 投資收益
- 資本收益
- 農業或漁業收入
- 債務免除
- 法院獎金
- 陪審團薪金
- 其他雜項

扣除額

就「您是否有扣除額？」使用該列表

- 特定自僱費用
- 助學貸款利息扣款
- 學雜費
- 教育費用
- IRA 供款
- 搬遷費用
- 過早提取存款的罰款
- 健康儲蓄帳戶扣款
- 支付的贍養費
- 國內生產活動扣款
- 有關後備軍人、表演藝術家及須收費的政府官員的特定業務費用

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

附錄 F：聯邦貧困指南

▶ 估計一下 2014 年您有資格享有哪種類型的健康保險！

您的家庭成員人數	如果您的家庭年收入少於：	如果您的家庭年收入介於：
1	$15,860*	$15,860 – $45,960
2	$21,400	$21,400 – $62,040
3	$26,950	$26,950 – $78,120
4	$32,500	$32,500 – $94,200
5	$38,050	$38,050 – $110,280
	⬇ 您可能有資格獲得 **Medi-Cal** 補助。	⬇ 您可能有資格透過 **Covered California** 獲得經濟補助用於保險。

**該等家庭年收入數額僅為約值，基於 2013 年收入數據估算。*

如果您已從您的僱主或諸如醫療保險 (Medicare) 或醫療補助 (Medicaid) 等政府計劃中獲得了負擔得起的保險，您將不符合參加 Covered California 健康計劃的條件。

★ 如果您有孩子或懷孕，即使您具有更高的收入，仍可能有資格透過 Medi-Cal 或 AIM 獲得免費或低保費保險。如果您懷孕，對於 Medi-Cal，您和您將要出生的嬰兒將算作不同的人，以審查資格條件；而對於可透過 Covered California 獲得的經濟補助，您和您將要出生的嬰兒將算作同一人。

常見問題集 (FAQ)

透過 Covered California 獲得幫助

1. Covered California 是什麼？

Covered California 是一個新型市場，可幫助個人及家庭透過 Medi-Cal 獲得免費或低保費健康保險，或透過 Covered California 獲得私人健康保險付款補助。

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 是加州保健交換計劃和加州醫療保健服務部的合作夥伴。

2. 什麼是 Medi-Cal？

Medi-Cal 是加州版的聯邦醫療補助計劃 (Medicaid)。該計劃為符合條件的加州居民提供免費或低保費健康保險。

3. 什麼是孕婦保險 (AIM)？

AIM 是為誒有健康保險或因其收入過高而無法獲得免費 Medi-Cal 的孕婦提供的低保費健康保險計劃。AIM 亦可提供給參加私人健康保險計劃且懷孕扣減額或共付費用超過 $500 的女性。

4. 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。我們可提供一些州內知名的健康計劃以及地區或地方計劃。

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。

5. 即使我的收入很高，我是否仍可獲得健康保險？

是的。任何符合條件的加州人都可透過 Covered California 購買私人健康保險，不論其收入如何。您的收入資料可以幫我們找到對您的家庭最實惠的健康保險。

6. 透過 Covered California 可提供什麼健康保險？

您有大量的健康計劃可以選擇。健康保險公司**不能**因為您在之前曾患病或者無法獲得保險而**拒絕為您承保**。

Covered California 可提供四組私人健康保險計劃：白金級、金級、銀級、銅級，加最基本保險計劃。

每一組都提供不同級別的承保範圍（從高到低）。健康保險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% 的醫療費用。金級計劃和銀級計劃可分別為您支付約 80% 和 70% 的醫療費用。銅級計劃保費最低，但僅支付約 60% 的承保醫療費用。若要瞭解關於所有福利計劃的更多資訊，請登錄 **CoveredCA.com** 查看計劃文件，如計劃的涵蓋福利證明 (EOC) 或保單。或致電 **1-800-300-1533** (TTY:1-888-889-4500) 聯絡我們。

如果您符合 Medi-Cal 的資格條件，相關承保範圍及成本將不同，並可能為您免費提供。

7. 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及滿足其他要求，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。若申請人的收入符合收入限額，即符合相關資格條件。

8. 成本是多少？

成本取決於您有資格獲得的健康保險計劃和經濟補助以及您選擇的計劃。您可以使用 **CoveredCA.com** 的費用計算器計算相關費用，並瞭解您是否有資格獲得保險補助。

常見問題集接下頁

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

透過 Covered California 獲得幫助

(接上頁)

9. 我是否應該隨同申請支付第一筆保費？

否。不要隨同申請附上您的第一筆保費。您的計劃會就您應付的款項向您開具發票。

10. 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：

- **在線：**登錄 **CoveredCA.com**。我們將提供有關每個健康保險計劃的資訊，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 8 點以及週六上午 8 點至下午 6 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：**我們已經培訓了經認證的登記諮詢師或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！若要索取您住所或工作場所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)。

11. 我目前已加入 Medi-Cal。那麼我是否有資格獲得透過 Covered California 提供的健康保險？

如果您的收入在年內或年度續保時發生變化，您可能有資格獲得透過 Covered California 提供的其他健康保險和保費補助。

12. 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實惠健康保險，您不需要做任何事。但您仍可進行申請，以查看您的家庭成員是否有資格獲得免費或低保費健康保險。

如果您進行申請，請務必填寫附錄 B 並與您申請一併提交。

13. 醫療改革已經開始，我是否需要健康保險？

從 2014 年 1 月開始，大部分人（包括兒童）都需要擁有健康保險，否則將面臨稅務罰款。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 Medi-Cal。

但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聯邦認可且其宗教信仰反對接受健康保險計劃福利的教派成員、被監禁人員、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（計及僱主供款或保費補助後）的人士。

2014 年，處罰金額將為您的年收入的 1% 或 95 美元（以較高者爲準）。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（以較高者爲準）。2016 年後，稅收罰金將根據生活費用調整逐年增加。

有關罰金的更多資訊，請登錄 **CoveredCA.com** 或致電當地的縣社會服務辦公室或 Covered California。

14. 我沒有回答申請上的問題所需的所有資訊。怎麼辦？

即使您沒有所需的所有資訊，您仍可簽名並提交申請。我們會在收到您的申請後 10 到 15 個曆日內向您致電，告訴您怎麼辦。如果您沒有收到我們的來電，請致電 **1-800-300-1533** (TTY:1-888-889-4500) 聯絡我們。

15. 提交申請之後會發生什麼？

我們會在 45 天內給您發函，將您和您的家人有資格參加的計劃告訴您。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。

常見問題集接下頁

透過 Covered California 獲得幫助

(接上頁)

16. 我在進行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登記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訊，並幫助您進行申請。您還可前往縣社會服務辦公室獲取幫助。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：

- **在線：**登錄 **CoveredCA.com**。我們將提供有關每個健康保險計劃的資訊，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 8 點以及週六上午 8 點至下午 6 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師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！若要索取您住所或工作場所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)。

17. 我應如何選擇健康保險計劃？

如果您有資格獲得透過 Covered California 提供的私人健康保險計劃，登錄 **CoveredCA.com** 能讓您輕鬆購買和比較健康保險計劃。

我們還可為您提供 Covered California 健康計劃小冊子。Covered California 可提供私人健康保險計劃和 Medi-Cal 計劃選擇。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用（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。

如果您符合 Medi-Cal 的資格條件，相關承保範圍及成本將不同，並可能為您免費提供。若要瞭解您所在的縣可提供的 Medi-Cal 計劃的更多資訊，請致電健康護理選擇計劃：**1-800-430-4263** (TTY:1-800-430-7077)；或登錄 **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**。

經濟補助

18. 我的錢不多。哪些計劃可以幫我獲得經濟補助？

從 2014 年 1 月 1 日開始，需要健康保險的人士可透過以下方式獲得幫助：

A. 月度保費補助。得到保費補助，人們將能夠負擔得起健康保險。符合保費補助條件的人士可（在他們報稅前）提前獲得補助，從而降低其月度保費。或者，他們可以在年末獲得補助，減少所支付的稅金。

月度保費的補助金額取決於家庭成員人數和家庭收入。

B. Medi-Cal: Medi-Cal 是加州的 Medicaid 計劃，其相關付款已包含聯邦和州稅。該計劃是適用於符合特定要求的低收入加州居民的健康保險。

如果您的收入未超出 Medi-Cal 針對您的家庭規模設定的限額，您可以獲得免費的 Medi-Cal 保險。

19. 如果我的收入發生了變化，我的保費補助會立即改變嗎？

不會。您的保費補助不會立即改變。我們會對掌握的新資訊進行處理。如果您的保費補助數額發生變化，我們會通知您。

20. 如果我的收入發生了變化，在我報稅時會產生什麼影響？

您必須向 Covered California 報告會影響您獲得的保費補助（或稅收抵免）數額的收入變化。如果您的收入減少，您可能有資格獲得更多的保費補助或者進一步減少現付費用。但是，如果您的收入增加，您可能會獲得超額的保費補助，您必須在為受益年報稅時退還超額部分。

常見問題集接下頁

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

經濟補助 *(接上頁)*

21. 如果我去年未提交納稅申報怎麼辦？

即使您去年沒有提交納稅申報，您仍可申請健康保險並獲得保費補助。我們將用您的收入數據確定對您和您的家庭最實惠的健康保險。

如果您符合保費補助的條件，您必須為受益年提交納稅申報。

22. 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 參加私人健康保健，請在 30 天內致電Covered California，報告可能會影響您的資格的任何收入變化。

如果您參加了 Medi-Cal，並且收入發生了變化，請在 10 天內聯絡縣社會服務辦公室。

其他問題

23. 申請中所有人員是否都必須為美國公民或擁有美國國籍？

否。即使您不是美國公民或未擁有美國國籍，您仍可能有資格獲得透過 Medi-Cal 提供的健康保險。

24. 我的家人和我是否會符合同一計劃的條件？

取決於您家庭的成員人數和收入，您和您的家人可能會符合不同計劃的條件。例如，您可能有資格獲得透過 Covered California 提供的實惠私人健康保險。但是，您的孩子可能有資格獲得免費 Medi-Cal。我們會將您和其他家庭成員有資格參加的健康保險告訴您。

25. 本申請要求提供許多個人資訊。Covered California 會將我的個人資訊和財務資料與其他人共享嗎？

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

26. 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 1 日開始提供服務。如果您在 2014 年 1 月 1 日後申請，您的健康計劃將最快在申請次月開始提供服務。

27.「殘疾」的含義是什麼？

如果您符合以下條件，您可能會被視為殘疾人士並有資格獲得 Medi-Cal：

- 您失聰或聽力減退嚴重。
- 您失明或視力減退嚴重（即使配戴眼鏡）。
- 您具有智力或認知障礙，難以記憶、集中注意力或作出決定。
- 具有行動障礙，難以行走或爬樓梯。
- 您在洗澡、穿衣或從事類似日常活動時遇到困難。
- 您具有身體、精神或情緒障礙，在沒有幫助的情況下難以完成事務（如，購物或看醫生）。

您**無須**在家接受任何特殊輔助服務或居住在任何類型的療養院或有輔助看護的養老院。

28. 我在參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。

29. 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？

是的。請務必對申請問題「您是否懷孕？」回答是，或者告訴幫助您填寫申請表的人士。您可以申請能夠涵蓋產前護理、陣痛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。

常見問題集接下頁

其他問題 *(接上頁)*

30. 我剛剛生了孩子。對於健康保險，我應該怎麼辦？

如果您在分娩時沒有參加 Medi-Cal 或母嬰保健計劃 (AIM)，請為您的新生兒填寫本申請表。

如果您在懷孕期間已經參加 Medi-Cal 或 AIM，您不需要填寫本申請表。

- 在本申請表第 2 頁填寫母親的資訊。
- 如果您擁有 Medi-Cal，請致電縣社會服務辦公室，確保您的孩子從出生起即已受保，或填寫新生兒轉介表格。打印**www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf**.上的表格。
- 如果您擁有 AIM，請致電 **1-800-433-2611** 或登錄 **aim.ca.gov** 為您的孩子註冊。

31. 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。只有申請人必須提供社會安全號碼或有關移民身份的資訊。

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。

我們將對您的資訊保密，並僅為確定您有資格參加的計劃而與其他政府機構分享。

32. 您在 18 歲時是否接受寄養？

如果您在 18 歲時接受寄養並在任何州獲得 Medicaid，當您介於 18 至 26 歲的年齡段時，您將有可能符合 Medi-Cal 的資格條件。在我們確認您是加州居民後，我們會免費將您加入 Medi-Cal。然後，我們將核實您之前的寄養及 Medicaid 狀態。

33. 什麼構成一次性支付？

一次性支付僅適用於賭博贏得的錢財、獎項、債務取消、存活配偶從已故者的僱主處收到的薪金、追溯性社會保障及鐵路退休福利、博彩贏得的錢財、贈品以及追溯性失業保險福利。

34. 「自僱」的含義是什麼？

自僱人士直接透過其自身的業務或服務謀生。他們不從向他們付款的公司賺錢。

35. 我在哪裡可以獲得有關選民登記的資訊？

如果您在居住所在地並未進行選民登記並希望申請選民登記，請登錄 **registertovote.ca.gov** 或致電 **1-800-345-VOTE (8683)**。

36. 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？

如果您是聯邦認可的美國印第安人或阿拉斯加原住民，或者以其他方式有資格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，您可能有資格獲得免費或低保費 Medi-Cal，或者其他成本節省優惠（如，保費補助或無共付費用）。您還可以在每月特定時段進行登記。

- 完成附錄 A，連同證明您是美國印第安人或阿拉斯加原住民的證明文件一併提交。您可以使用部落登記卡或印第安人事務局簽發的印第安血統純度鑒定證書 (CDIB)。
- 如果您符合 Medi-Cal的資格條件，您無須提交有關您的美國印第安人或阿拉斯加原住民血統的證明文件。若要確定自己是否符合 Medi-Cal 資格條件，請參閱附錄 F。

37. 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：

- **在線：**登錄 **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 8 點以及週六上午 8 點至下午 6 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
- **親自申訴：**我們已經培訓了經認證的登記諮詢師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！

若要索取您住所或工作場所附近的經認證登記諮詢師和經認證保險代理人列表或者附近的縣社會服務辦公室列表，請登錄 **CoveredCA.com** 或致電 **1-800-300-1533** (TTY: 1-888-889-4500)。

還可提供額外的幫助

CalFresh

您在為自己和家人購買食物時是否需要幫助？

CalFresh 可為您提供幫助！在加州，聯邦營養補充援助計劃 (SNAP) 亦稱為 CalFresh。CalFresh 可幫助您支付營養水果、蔬菜及其他健康食品的費用。

若要確定自己是否符合 CalFresh 的資格條件，請致電 **1-877-847-3663** 或登錄 **www.calfresh.ca.gov**，或透過 **benefitscal.org** 在線申請。

Welltopia by DHCS

請登錄Facebook 和 Twitter 上的福利專區 Welltopia by the Department of Health Care Services (DHCS)！您在這裡可以找到有關減壓、健康飲食、體育活動、戒煙以及其他更多提示。

Welltopia by DHCS 擁有：

- 免費、有趣的健康應用程式
- 超酷的視頻
- 連接以下網站的鏈接：
  - 美味而方便的食譜
  - 農貿市場的位置
  - CalFresh
- 遊玩場所及可供您和您的孩子參加的活動
- 教育、就業以及能讓您的生活更輕鬆的其他服務

在 Facebook 上「關注」Welltopia by DHCS！登錄：Facebook.com/DHCSWelltopia

關注我們：@WelltopiaDHCS

收入抵稅額 (EITC)

EITC 是為低至中等收入的就業者提供的福利。該稅收抵免可減少您須繳納的稅款，並有可能實現退款。

www.eitc.ca.gov

兒童稅收抵免

該稅收抵免可為每位合資格的兒童減免最多 1000 美元的稅收，具體數額取決於您的收入。

www.childtaxcredit.ca.gov

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 8 點，星期六上午 8 點 - 下午 6 點致電。或者登錄 **CoveredCA.com**。

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 ձևը լրացնելու հարցում: Զանգահարեք 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 مساعدة خاصة بهذا التطبيق 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