



## 俄勒岡州健康計劃福利 續保 — 第 2 部分

如果您的醫療福利續保摘要上的資訊正確無誤且您的資訊沒有任何變更，您不需要填寫第 2 部分。變更可能包括像是有人搬進或搬出您的家中、開始新工作或地址變更。請參閱醫療福利續保 — 第 1 部分以查看完整的變更清單。

我們隨本表格寄送了「續保申請指南」。申請指南中包含了實用資訊，告訴您如何回答每個部分的問題。您也可以在此 [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov) 網站找到該指南。

### 目錄

步驟 1 — 家庭變更 .....	3
步驟 2 — 與您家庭有關的進一步問題 .....	6
步驟 3 .....	10
報稅身分、10	
工作收入、11	
其他來源的收入、12	
扣除額、13	
年收入、14	
步驟 4 — 其他健康保險承保 .....	15
步驟 5 — 基本資訊問題以協助我們更妥善地為您提供服務 (選填) .....	17
步驟 6 — 其他問題 .....	19
步驟 7 — 請閱讀並簽名 .....	20
附錄 A — 老年人與殘障人士 (選填) .....	24
附錄 B — 僱主保險 .....	27

# 俄勒岡州健康計劃福利 續保 — 第 2 部分



必填資訊 — 標有星號「★」的問題為必答。如果您未回答標有「★」的問題，您的申請將會遭到延遲。

★ 您的個案編號是什麼？您的個案編號就列於您隨本表格所收到的信函上。

個案編號：

法定名字：

法定姓氏：

出生日期：    /    /

★ 我家中有人（請勾選所有適用選項）：

- 已懷孕
- 有緊急醫療或行為健康需求
- 目前正在坐牢 / 入獄
- 符合下列其中一項條件：
  - 需要協助從事日常活動（如沐浴、更衣等）；或
  - 居住在醫療機構或看護中心
- 符合下列其中一個選項：
  - 屬於獲得聯邦認可的部落註冊成員或是阿拉斯加原住民地區聯盟的成員；或
  - 正透過印第安健康服務部、部落健康診所或都市印第安診所接受服務



- ★ 5. 如果該人士要申請 OHP 福利，其社會安全號碼 (SSN) 是多少？所有申請健康福利並持有社會安全號碼的人都必須提供 SSN。如果該人士沒有要申請 OHP 福利，則您可選擇是否要向我們提供其 SSN。不過提供 SSN 可以加快申請流程。

如果您需要協助取得 SSN，我們可能可以提供協助。您可致電 1-800-699-9075 與我們聯絡。您也可以造訪 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) 或致電 1-800-772-1213 (聽障專線 1-800-325-0778) 與社會安全局聯絡。

該人士是否會提供 SSN？

是，其 SSN 是：

否，請告訴我們您不提供 SSN 的理由： 已申請 SSN 但尚未收到  新生兒尚沒有 SSN

持有 SSN 但不知道號碼  未持有 SSN 但將會提出申請

由於宗教理由而未持有 SSN

持有 SSN 但不想提供 (選擇此選項將會使福利遭拒)

其他  沒有要申請福利

6. 該人士是否需要其他格式的書面資料？ 是，請在下方標記一項。 否

大字版  語音版  盲文版  CD  口頭簡報

- ★ 7. 該人士希望我們使用什麼語言：

與其通信？ \_\_\_\_\_

與其洽談？ \_\_\_\_\_

- ★ 8. 該人士是否要申請 OHP？

是，請跳到問題 10。

否。請跳到步驟 2 (第 6 頁)。

- ★ 9. 該人士是否是獲得聯邦認可的部落註冊成員，或是否是阿拉斯加原住民地區聯盟公社的成員？ 是  否

如回答「是」，請告訴我們部落名稱： \_\_\_\_\_

- ★ 10. 該人士是否透過印第安健康服務部、部落健康診所或都市印第安診所接受服務？

是  否

- ★ 11. 該人士的父母或(外)祖父母是否是獲得聯邦認可的部落註冊成員，或是否是阿拉斯加原住民地區聯盟公社或村落的成員？ 是  否

- ★ 12. 該人士是否是美國公民或國民？ 是，請跳到步驟 2 (第 6 頁)。 否，請跳到問題 14。

- ★ 13. 該人士是否已入籍成為公民或具衍生公民身分？

是，請在下方我們提供相關資訊，然後跳到步驟 2 (第 6 頁)。 否，請跳到問題 15。

A#、USCIS# 或公民證書編號： \_\_\_\_\_

★ 14. 該人士是否擁有下列其中一項移民身分？

是，請填寫 a-h。 否，請回答下方第「h」題。

如果下方列有其身分，請回答「是」。

- 合法永久居民 (Lawful Permanent Resident, LPR) • 難民 • 已獲得核准或目前待審中的政治避難者
- 假釋犯 – 獲得假釋的期限至少一年 • 假釋犯 – 獲得假釋的期限少於一年
- 以難民或政治避難者的身分獲得假釋 • 其他移民身分
- 獲得核准或待審中的初步證明 ( 受到家暴的配偶、子女或家人 )
- COFA–自由聯合協定簽約國的公民 ( 密克羅尼西亞聯邦、馬紹爾群島以及帕勞 ) • 條件式入境
- 古巴 / 海地入境者或假釋犯 • 特殊移民簽證持有人 (Special Immigrant Visa, SIV)
- 非移民簽證持有人
- 人口販賣受害者或其家人 ( T 簽證 )
- 在加拿大出生的印第安人 ( 父母至少有一方是印第安人 ) 或美國印第安部落註冊成員
- 美國與亞裔混血 – 越南人 • 簽證申請獲准 – 身分調整申請待審中

a. 移民身分： \_\_\_\_\_

該人士現在不必回答下列與其移民文件有關的問題 b–g。但現在就向我們提供這些資訊可協助我們更快速地處理其健康保險申請。

b. 此身分獲得核准的日期是： \_\_\_\_\_

c. 移民文件類型： \_\_\_\_\_ 綠卡或文件編號： \_\_\_\_\_

d. 文件過期日期： \_\_\_\_\_ A# 或 USCIS#： \_\_\_\_\_

e. 如果該人士是合法永久居民 (LPR)，其是否曾持有下列其中一項身分？

- 難民  政治避難者  美國與亞裔混血-越南人  古巴 / 海地入境者或古巴 / 海地假釋犯  
 以難民或政治避難者的身分獲得假釋  伊拉克或阿富汗特殊移民  人口販賣的受害者 ( T 簽證 )

f. 該人士是否是在 1996 年 8 月 22 日之前入境美國？  是  否

g. 該人士、其配偶 ( 在世或已過世 ) 或其父母是否是已光榮退役的退伍軍人或美國軍隊的現役軍人？  是  否

★ h. 該人士是否已獲准暫緩遞解出境或暫緩遣送？  是  否

請在步驟 2-7 向我們提供下列人士的資訊：

- 列於您「OHP 續保 — 第 1 部分」信函 ( 附件)且目前仍屬於您家庭成員的人士；以及
- 您新增至您家庭的人士。

## 步驟 2 與您家庭有關的進一步問題

★ = 必填

- ★ 1. 您家中是否每個人都居住在俄勒岡州？這包括居住在俄勒岡州以尋找工作。

是  否，請在下方列出未居住在俄勒岡州的人士。

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

- ★ 2. 您的住家地址是否有變更？ 是，請在下方向我們提供新地址。 否

街道地址 ( 包括公寓門牌號碼 )							
城市		州	郵遞區號		郡縣		

- ★ 3. 您的通訊地址是否有變更？ 是，請在下方向我們提供新地址。 否

街道地址 ( 包括公寓門牌號碼 )							
城市		州	郵遞區號		郡縣		

- ★ 4. 您的電話號碼是否有變更？ 是，請在下方向我們提供新號碼。 否

主要電話：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_  住家  工作  手機

次要電話：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_  住家  工作  手機

本人授權公眾服務部 (Department of Human Services, DHS) / 俄勒岡州衛生監管機關 (Oregon Health Authority, OHA) 在下列電話中留下語音留言提醒訊息： 主要電話  次要電話

本人授權 DHS/OHA 寄送簡訊通知給本人 ( 必須是手機號碼 )： 主要電話  次要電話

- ★ 5. 是否有任何人與主要聯絡人 ( 您本人 ) 居住在不同地址？

是，請填寫以下部分。 否，請跳到問題 6。

哪位人士居住在不同地址？

名字 / 姓氏					出生日期	
住家地址 ( 請包含公寓門牌號碼 )						
城市		州	郵遞區號			
郡縣		國家				

請勾選所有適用選項：

此人士居住在不同地址，但此人士列於本申請表中某位人士的報稅表中。

此人士暫時離家。原因：

就學  入住看護中心  住院  參加 Jobs Corps  坐牢或遭到監禁

入住社區照護機構  其他：\_\_\_\_\_

如果您需要列出更多人士，請另紙繕附。

**步驟 2****與您家庭有關的進一步問題 (續)**

★ = 必填

- ★ 6. 是否有任何人懷孕？
- 
- 是，請在下方列出您的受撫養人。
- 
- 否

針對「預產期」，請提供最佳預測日期，即使該人士尚未看醫生。

名字	姓氏	出生日期	預產期	胎數為幾胎？ 若不知道請留白

- ★ 7. 是否有任何人的妊娠因生產而結束或在過去 3 個月內流產？ 如果該人士最近懷孕，其可能有資格獲得更多承保或額外服務。

 是，請在下方將這些人士列出。  否

名字	姓氏	出生日期	妊娠終止日期

- ★ 8. 您是否需要逃離虐待或不安全的環境？
- 
- 是
- 
- 否

- ★ 9. 您的伴侶是否透過威脅、吼叫、肢體傷害您或您的孩子等方式讓您感到害怕？
- 
- 是
- 
- 否

請僅針對列於您申請表中且要申請 OHP 福利續保的人士回答問題 10-18。

- ★ 10. 是否有任何人目前正在坐牢 / 受到監禁，或者是否有任何人在最近 3 個月內遭到釋放？

 是，請在下方列出您的受撫養人。  否

名字	姓氏	出生日期	入獄日期	釋放 / 預定釋放日期	正在等候起訴判決？
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

- ★ 11. 是否有任何人已年滿 18 歲並具備全職高中生身分？
- 
- 是，請在下方將這些人士列出。
- 
- 否

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

- ★ 12. 是否有任何人正在領取社會安全生活補助金 (SSI)？ SSI 是一項政府計劃，為年滿 65 歲以上、失明或殘障的低收入人士提供福利。
- 
- 是，請在下方將這些人士列出。
- 
- 否

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

## 步驟 2

### 與您家庭有關的進一步問題 (續)

★ = 必填

- ★ 13. 任何人凡申請 OHP 皆必須按規定申請並使用其可能有資格獲得的其他福利。以下是其他福利的例子：

- 失業補償 • 退伍軍人福利 • 勞工賠償 • 年金
- 退休人士、遺眷或殘障人士社會安全福利
- 您可獲得和解金的無過失人身傷害 (這可能包括在工作期間、在家中或在交通事故中所發生的人身傷害)

- ★ 是否有任何人可能有資格獲得上列福利？

是，請填寫下方表格。 否，請跳到問題 14。

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

福利類型：\_\_\_\_\_

此人是否已申請此項福利或者和解金索賠是否已獲得核准？  是  否

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

福利類型：\_\_\_\_\_

此人是否已申請此項福利或者和解金索賠是否已獲得核准？  是  否

- ★ 14. 是否有任何人失明或永久殘障？  是，請在下方將這些人士列出。 否

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

此人： 失明  永久殘障  同時失明且永久殘障

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

此人： 失明  永久殘障  同時失明且永久殘障

- ★ 15. 是否有任何人在行走、如廁、沐浴或更衣等方面需要協助？這不包括僅因年紀小而需要協助的兒童。 是，請在下方將這些人士列出。 否

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

- ★ 16. 是否有任何人在年滿 18 歲時在俄勒岡州接受寄養？之前曾接受寄養的青少年可使用 OHP 直到 26 歲為止，不論其收入為何。 是，請在下方將這些人士列出。 否

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_



★ 17. 您是否想為每個人更換您希望使用的協調式照護組織 (Coordinated Care Organization, CCO) ? 如果您將某人新增至您的家庭中，您可在此為其選擇一個 CCO。您也可以為已投保的人士選擇新的 CCO。CCO 就像是您所在地區的當地健康計劃。CCO 可協助您在您所在地區使用 OHP。CCO 有包含醫生、諮商師、護士及牙醫等在內的醫療服務提供者團體，可與您共同合作。

您不一定要現在就作出選擇。不過，如果您現在不作選擇，我們將會根據您的居住地為您選擇一個 CCO (除非「續保申請指南」中的部落例外情況適用於您)。請參閱「續保申請指南」以瞭解更多有關選擇您所在地區 CCO 的資訊。

名字	姓氏	出生日期	選擇 CCO

★ 18. 是否有任何未滿 19 歲的人士其父親或母親未包含在本申請表中？

是，請回答下列問題。 否，請跳到步驟 3 (第 10 頁)。

如果您要為任何未滿 19 歲的人士提出申請且其父親或母親未包含在本申請表中，您必須與俄勒岡州子女撫養計劃合作。子女撫養計劃將會詢問您與該孩子之父親或母親有關的更詳盡資訊。

如果您認為這樣做對您、您的子女或其他家庭成員不安全，您不一定要和俄勒岡州的子女撫養計劃合作。您可在下方「b」部分告知我們這樣做不安全。

a. 父母至少其中一方未列於本申請表中之孩子的名字 / 姓氏：

\_\_\_\_\_ 孩子的出生日期：\_\_\_\_\_

b. 如果子女撫養計劃試圖確立親子關係或尋求子女撫養費，您認為該孩子的父親或母親是否可能會傷害您或孩子？  是  否

a. 父母至少其中一方未列於本申請表中之孩子的名字 / 姓氏：

\_\_\_\_\_ 孩子的出生日期：\_\_\_\_\_

b. 如果子女撫養計劃試圖確立親子關係或尋求子女撫養費，您認為該孩子的父親或母親是否可能會傷害您或孩子？  是  否

**步驟 3** 報稅身分

## ★ 1. 是否有任何人需通報其報稅身分的變更？

是，請回答下面方框中的 a-c。 否，請跳到問題 3。

★ 2. 您是否要新增某人至您的家庭中？ 是，請回答下面方框中的 a-c。 否，請跳到問題 3。

變更包括與您之前告知我們不同的任何資訊。例如：由已婚夫婦聯合申報變更為單身；申報的受撫養人比之前增加或減少；先前納稅時申報的受撫養人將不再具有受撫養人身分。

a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

b. 該人士是否打算就其今年所獲得的收入申報聯邦所得稅？

是，請填寫 i-ii。 否

i. 該人士所得稅申報表上的報稅身分將會是什麼？

單身  已婚 - 聯合報稅  已婚 - 分開報稅  符合資格的寡婦 ( 鰥夫 )  戶主

ii. 該人士是否有任何可申報於所得稅申報表上的受撫養人？ 是，請在下方列出您的受撫養人。 否

如果該人士是以已婚聯合申報或已婚分開申報的身分報稅，則其配偶不得成為其受撫養人。

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

c. 該人士是否是任何人今年聯邦所得稅申報表上的受撫養人？ 是，請填寫 i-ii。 否

i. 報稅者是誰？名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

ii. 該人士與該申報者的關係是什麼？\_\_\_\_\_

a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

b. 該人士是否打算就其今年所獲得的收入申報聯邦所得稅？

是，請填寫 i-ii。 否

i. 該人士所得稅申報表上的報稅身分將會是什麼？

單身  已婚 - 聯合報稅  已婚 - 分開報稅  符合資格的寡婦 ( 鰥夫 )  戶主

ii. 該人士是否有任何可申報於所得稅申報表上的受撫養人？ 是，請在下方列出您的受撫養人。 否

如果該人士是以已婚聯合申報或已婚分開申報的身分報稅，則其配偶不得成為其受撫養人。

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

c. 該人士是否是任何人今年聯邦所得稅申報表上的受撫養人？ 是，請填寫 i-ii。 否

i. 報稅者是誰？名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

ii. 該人士與該申報者的關係是什麼？\_\_\_\_\_

**重要資訊：**寄送證明可協助我們更快速地處理您的資訊。請參閱「續保申請指南」以瞭解該寄送哪類證明的相關資訊。

- ★ 3. 是否有任何人需要通報其工作變更，或者您是否要將某人新增至您的家庭中且該人士有工作收入或自雇工作收入？
- 透過雇主獲得收入？請告知我們該人士透過每位雇主所獲得的總薪資（扣除稅金和扣除額之前）是多少。請務必包含小費及佣金。透過雇主獲得收入的部分例子包括：工資、工讀、小費以及由州政府支付費用的居家照護人員。請告知我們該人士透過每項工作所獲得的總薪資及小費。
  - 透過自雇工作獲得收入？請告知我們每位人士透過自雇工作獲得的總收入是多少。總收入是指在扣除費用、開支或其他扣除額之前您所賺取的收入金額。請在問題 5 列出自雇工作的費用、開支及其他扣除額（第 13 頁）。自雇工作的部分例子包括：自己創業、捐贈血漿、成為獨立承包商以及打零工賺錢。
- 是，請在下方為我們提供相關資訊， 否，請跳到問題 4。

a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

b. 收入來源 — 雇主名稱：\_\_\_\_\_

若為自雇工作，工作類型：\_\_\_\_\_

c. 請告知我們其總收入（扣除稅金和扣除額之前）以及其多久獲得一次此金額的收入：  
 \$\_\_\_\_\_  每週一次  每個月兩次  每個月一次  
 每季一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_

每年一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_

每兩週一次(每隔週一次)  僅只一次 — 一次性支付

其他：\_\_\_\_\_

d. 透過此工作所獲得的收入： 是持續性的  是在過去 3 個月內開始的。首次支薪日期：\_\_\_\_\_

已經終止或者將會在本月終止。最後支薪日期：\_\_\_\_\_

a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

b. 收入來源 — 雇主名稱：\_\_\_\_\_

若為自雇工作，工作類型：\_\_\_\_\_

c. 請告知我們其總收入（扣除稅金和扣除額之前）以及其多久獲得一次此金額的收入：  
 \$\_\_\_\_\_  每週一次  每個月兩次  每個月一次  
 每季一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_

每年一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_

每兩週一次(每隔週一次)  僅只一次 — 一次性支付

其他：\_\_\_\_\_

d. 透過此工作所獲得的收入： 是持續性的  是在過去 3 個月內開始的。首次支薪日期：\_\_\_\_\_

已經終止或者將會在本月終止。最後支薪日期：\_\_\_\_\_

- ★ 4. 您家中是否有任何透過工作以外的其他來源獲得收入的人士需要通報變更，或者您是否要將某人新增至您的家庭中且該人士透過工作以外的其他來源獲得收入？例如：失業福利、退休人士或遺眷社會安全福利 (Social Security Benefits, SSB) 或殘障人士社會安全保險 (Social Security Disability Insurance, SSDI)、利息或股息、退休金、贍養費或部落福利。請務必在下方的 b 部分告知我們收入的類型。請參閱「續保申請指南」以查看有關贍養費的特別說明以及其他收入的更多例子。

是，請在下方為我們提供相關資訊， 否，請跳到問題 5。

**部落收入** — 有些人可透過部落獲得收入。某些類型的部落收入不計入 OHP 的申請審查範圍內。如果您有透過部落獲得收入，請在「其他收入類型」部分向我們提供有關該收入的詳細資訊。例如，您可以填寫：來自賭場的按人給付或來自指定為印第安信託土地的按人給付。如果您知道該收入是以哪項公法為依據，也請加以註明。我們將會根據您在「其他收入類型」部分所填寫的資訊來判定您的部落收入是否應計入 OHP 的申請審查範圍。

- a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_
- b. 其他收入類型：\_\_\_\_\_
- c. 請告知我們其獲得的金額 (扣除稅金和扣除額之前) 以及其獲得此金額的頻率：  
 \$ \_\_\_\_\_  每週一次  每個月兩次  每個月一次  
 每季一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_
- 每年一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_
- 每兩週一次(每隔週一次)  僅只一次 - 一次性支付
- 其他：\_\_\_\_\_
- d. 此項收入： 是持續性的  是在過去 3 個月內開始的。首次支薪日期：\_\_\_\_\_
- 已經終止或者將會在本月終止。最後支薪日期：\_\_\_\_\_
- e. 此收入是透過贍養費獲得的嗎？ 是  否
- 如回答「是」，請列出簽屬離婚協議或分居協議的日期：\_\_\_\_\_

- a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_
- b. 其他收入類型：\_\_\_\_\_
- c. 請告知我們其獲得的金額 (扣除稅金和扣除額之前) 以及其獲得此金額的頻率：  
 \$ \_\_\_\_\_  每週一次  每個月兩次  每個月一次  
 每季一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_
- 每年一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_
- 每兩週一次(每隔週一次)  僅只一次 - 一次性支付
- 其他：\_\_\_\_\_
- d. 此項收入： 是持續性的  是在過去 3 個月內開始的。首次支薪日期：\_\_\_\_\_
- 已經終止或者將會在本月終止。最後支薪日期：\_\_\_\_\_
- e. 此收入是透過贍養費獲得的嗎？ 是  否
- 如回答「是」，請列出簽屬離婚協議或分居協議的日期：\_\_\_\_\_

- ★ 5. 您家中是否有任何人需要就其告知我們的扣除額通報變更，或者您是否要新增某人至您家庭中且該人士有申報獲得認可的扣除額？其中包括可以包含在聯邦所得稅申報表中的自雇工作開支。

我們所認可的扣除額是可以申報在聯邦所得稅申報表中以用於計算調整後總收入的開支。例如：教育工作者開支、學貸利息以及在報稅時可以申報為扣除額的 IRA 供款。即使您沒有打算要申報聯邦所得稅，您也可以將該扣除額告知我們。所得稅扣除額可以減少我們計入申請審查範圍的收入金額。所得稅扣除額和抵稅優惠並不相同。請參閱「續保申請指南」以瞭解詳情。

我們無法回答有關該如何填寫報稅表的問題。如對報稅表、獲得認可的扣除額或開支有疑問，請造訪 [www.IRS.gov](http://www.IRS.gov)。您也可以向專業稅務人員洽詢。

是，請在下方為我們提供相關資訊， 否，請跳到問題 6。

- a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_
- b. 扣除額類型：\_\_\_\_\_
- c. 請告知我們您支付的金額以及您多久支付一次此金額：  
 \$ \_\_\_\_\_  每週一次  每個月兩次  每個月一次  
 每季一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_
- 每年一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_
- 每兩週一次(每隔週一次)  僅只一次 - 一次性支付
- 其他：\_\_\_\_\_
- d. 此項扣除額： 是持續性的  是在過去 3 個月內開始的。第一次付款日期：\_\_\_\_\_
- 已經終止或者將會在本月終止。最後一次付款日期：\_\_\_\_\_

- a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_
- b. 扣除額類型：\_\_\_\_\_
- c. 請告知我們您支付的金額以及您多久支付一次此金額：  
 \$ \_\_\_\_\_  每週一次  每個月兩次  每個月一次  
 每季一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_
- 每年一次。最後一次收到薪酬的日期：\_\_\_\_\_
- 每兩週一次(每隔週一次)  僅只一次 - 一次性支付
- 其他：\_\_\_\_\_
- d. 此項扣除額： 是持續性的  是在過去 3 個月內開始的。第一次付款日期：\_\_\_\_\_
- 已經終止或者將會在本月終止。最後一次付款日期：\_\_\_\_\_

- ★ 6. 您是否需要為您家中的任何人通報年收入金額變更，或者您是否要新增某人至您家庭中且該人士在今年有任何收入？

是，請在下方為我們提供相關資訊， 否，請跳到步驟 4 (第 15 頁)。

如果您的收入超出每月收入限制，我們可能可以使用您的年收入 (每年的) 收入。請在下方告知我們申請表中每位人士的年收入和開支。請確認您告知我們的年收入金額包含本日曆年度預計的所有收入和開支。這包括您在今年的所有收入和開支，即使您已不再做相同的工作。例如，您在一月份獲得一份工作，但在八月份換工作。年收入金額應同時包含這兩份工作的收入。

若有自雇工作的開支，請將這些開支包含在獲得認可的所得稅扣除額 / 開支金額中。

請勿將子女撫養費、退伍軍人給付或社會安全生活補助金 (SSI) 包含在您的非勞動所得中。這些收入不計入您的年收入中。

a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

b. 請告知我們其年收入 / 開支：

勞動所得及自雇工作：\$ \_\_\_\_\_

社會安全福利 (SSB) 或社會安全殘障保險 (SSDI)：\$ \_\_\_\_\_

其他非勞動所得 (不包含 SSB/SSDI 收入)：\$ \_\_\_\_\_

獲得認可的所得稅扣除額 / 開支：\$ \_\_\_\_\_

a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

b. 請告知我們其年收入 / 開支：

勞動所得及自雇工作：\$ \_\_\_\_\_

社會安全福利 (SSB) 或社會安全殘障保險 (SSDI)：\$ \_\_\_\_\_

其他非勞動所得 (不包含 SSB/SSDI 收入)：\$ \_\_\_\_\_

獲得認可的所得稅扣除額 / 開支：\$ \_\_\_\_\_

a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

b. 請告知我們其年收入 / 開支：

勞動所得及自雇工作：\$ \_\_\_\_\_

社會安全福利 (SSB) 或社會安全殘障保險 (SSDI)：\$ \_\_\_\_\_

其他非勞動所得 (不包含 SSB/SSDI 收入)：\$ \_\_\_\_\_

獲得認可的所得稅扣除額 / 開支：\$ \_\_\_\_\_

a. 名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

b. 請告知我們其年收入 / 開支：

勞動所得及自雇工作：\$ \_\_\_\_\_

社會安全福利 (SSB) 或社會安全殘障保險 (SSDI)：\$ \_\_\_\_\_

其他非勞動所得 (不包含 SSB/SSDI 收入)：\$ \_\_\_\_\_

獲得認可的所得稅扣除額 / 開支：\$ \_\_\_\_\_

- ★ 1. 您家中是否有正在申請或正在領取醫療補助的任何成人 ( 年滿 18 歲以上 ) 或任何兒童 :
- 擁有健康保險承保、有機會可以獲得健康保險承保或有資格可以獲得健康保險承保 ( 包括牙科保險 ) ? 即使他們由於費用、承保品質或其他原因而沒有投保, 也請標記「是」。如果俄勒岡州健康計劃 (Oregon Health Plan, OHP) 是其擁有的唯一保險, 請勿標記「是」
  - 擁有在過去 3 個月內終止的健康保險?
  - 擁有 Medicare 或有權獲得 Medicare ?
- 是, 請在下方為我們提供相關資訊,  否, 請跳到步驟 5 ( 第 17 頁 ) 。

a. 名字 / 姓氏 : \_\_\_\_\_ 出生日期 : \_\_\_\_\_

b. 健康保險的類型 :  私人保險  僱主提供的保險  COBRA  Medicare  TRICARE  
 Peace Corps  退伍軍人醫療保健計劃 ( 包括 CHAMPVA )  退休人士健康計劃  由其他州所提供的 Medicaid / 兒童健康保險計劃 (CHIP)

c. 計劃資訊 : 健康保險公司名稱 : \_\_\_\_\_  
 公司地址 : \_\_\_\_\_  
 公司電話號碼 : \_\_\_\_\_  
 保單編號 : \_\_\_\_\_ 團體 ID 編號 : \_\_\_\_\_  
 保單持有人姓名 : \_\_\_\_\_ 出生日期 : \_\_\_\_\_  
 與保單持有人的關係 : \_\_\_\_\_

d. 此人士是否有投保本計劃?  是, 開始日期 : \_\_\_\_\_  否, 終止日期 : \_\_\_\_\_

e. 此人士是否無法使用保險?  
 是, 原因是 :  安全顧慮  距離醫療服務提供者太遠  否

f. 此保險是否是由僱主贊助的健康保險?  
 是, 請填寫附錄 B — 僱主保險 ( 第 27 頁 )  否

g. 您的家庭中是否有任何人在過去 3 個月內使用由其他州所提供的 Medicaid ?  
 是, 哪一州? \_\_\_\_\_ 終止日期或預定終止日期 : \_\_\_\_\_  否

a. 名字 / 姓氏 : \_\_\_\_\_ 出生日期 : \_\_\_\_\_

b. 健康保險的類型 :  私人保險  僱主提供的保險  COBRA  Medicare  TRICARE  
 Peace Corps  退伍軍人醫療保健計劃 ( 包括 CHAMPVA )  退休人士健康計劃  由其他州所提供的 Medicaid / 兒童健康保險計劃 (CHIP)

c. 計劃資訊 : 健康保險公司名稱 : \_\_\_\_\_  
 公司地址 : \_\_\_\_\_  
 公司電話號碼 : \_\_\_\_\_  
 保單編號 : \_\_\_\_\_ 團體 ID 編號 : \_\_\_\_\_  
 保單持有人姓名 : \_\_\_\_\_ 出生日期 : \_\_\_\_\_  
 與保單持有人的關係 : \_\_\_\_\_

d. 此人士是否有投保本計劃?  是, 開始日期 : \_\_\_\_\_  否, 終止日期 : \_\_\_\_\_

e. 此人士是否無法使用保險?  
 是, 原因是 :  安全顧慮  距離醫療服務提供者太遠  否

f. 此保險是否是由僱主贊助的健康保險?  
 是, 請填寫附錄 B — 僱主保險 ( 第 27 頁 )  否

g. 您的家庭中是否有任何人在過去 3 個月內使用由其他州所提供的 Medicaid ?  
 是, 哪一州? \_\_\_\_\_ 終止日期或預定終止日期 : \_\_\_\_\_  否

- a. 名字 / 姓氏 : \_\_\_\_\_ 出生日期 : \_\_\_\_\_
- b. 健康保險的類型 :  私人保險  僱主提供的保險  COBRA  Medicare  TRICARE  
 Peace Corps  退伍軍人醫療保健計劃 (包括 CHAMPVA)  退休人士健康計劃  由其他州所提供的 Medicaid / 兒童健康保險計劃 (CHIP)
- c. 計劃資訊 : 健康保險公司名稱 : \_\_\_\_\_  
 公司地址 : \_\_\_\_\_  
 公司電話號碼 : \_\_\_\_\_  
 保單編號 : \_\_\_\_\_ 團體 ID 編號 : \_\_\_\_\_  
 保單持有人姓名 : \_\_\_\_\_ 出生日期 : \_\_\_\_\_  
 與保單持有人的關係 : \_\_\_\_\_
- d. 此人士是否有投保本計劃 ?  是 , 開始日期 : \_\_\_\_\_  否 , 終止日期 : \_\_\_\_\_
- e. 此人士是否無法使用保險 ?  
 是 , 原因是 :  安全顧慮  距離醫療服務提供者太遠  否
- f. 此保險是否是由僱主贊助的健康保險 ?  
 是 , 請填寫附錄 B — 僱主保險 (第 27 頁)  否
- g. 您的家庭中是否有任何人在過去 3 個月內使用由其他州所提供的 Medicaid ?  
 是 , 哪一州 ? \_\_\_\_\_ 終止日期或預定終止日期 : \_\_\_\_\_  否

- a. 名字 / 姓氏 : \_\_\_\_\_ 出生日期 : \_\_\_\_\_
- b. 健康保險的類型 :  私人保險  僱主提供的保險  COBRA  Medicare  TRICARE  
 Peace Corps  退伍軍人醫療保健計劃 (包括 CHAMPVA)  退休人士健康計劃  由其他州所提供的 Medicaid / 兒童健康保險計劃 (CHIP)
- c. 計劃資訊 : 健康保險公司名稱 : \_\_\_\_\_  
 公司地址 : \_\_\_\_\_  
 公司電話號碼 : \_\_\_\_\_  
 保單編號 : \_\_\_\_\_ 團體 ID 編號 : \_\_\_\_\_  
 保單持有人姓名 : \_\_\_\_\_ 出生日期 : \_\_\_\_\_  
 與保單持有人的關係 : \_\_\_\_\_
- d. 此人士是否有投保本計劃 ?  是 , 開始日期 : \_\_\_\_\_  否 , 終止日期 : \_\_\_\_\_
- e. 此人士是否無法使用保險 ?  
 是 , 原因是 :  安全顧慮  距離醫療服務提供者太遠  否
- f. 此保險是否是由僱主贊助的健康保險 ?  
 是 , 請填寫附錄 B — 僱主保險 (第 27 頁)  否
- g. 您的家庭中是否有任何人在過去 3 個月內使用由其他州所提供的 Medicaid ?  
 是 , 哪一州 ? \_\_\_\_\_ 終止日期或預定終止日期 : \_\_\_\_\_  否



## 步驟 5

## 人口統計問題以協助我們更妥善地為您提供服務 — 選填

這些問題為選填。回答這些問題並不會對您的健康保險資格造成影響。我們詢問這些問題的目的是為了協助我們保證所有會員均能獲得最高品質的照護以及最優質的服務。我們也利用這些資訊來因應不同的照護需求。請針對要申請 OHP 福利的所有人士回答下列人口統計問題（選填）。如果您不想回答這些問題，請選擇「拒絕作答」。

如果您需要列出超過一名以上的人士，請影印步驟 5 並另紙繕附。

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

### 1. 此人士是否需要口譯員？

是，請回答下方的 a-b。  否  不知道  拒絕回答

a. 如果 DHS/OHA 有精通您使用之語言的員工，其是否符合您的需求？  是  否

b. 請進一步說明該人士的口譯員需求：

### 2. 此人士是否需要手語翻譯員或字幕機？

是，請回答下方的 a-c。  否  不知道  拒絕回答

a. 請告知我們您所需的手語翻譯或字幕類型：

美國手語 (American Sign Language, ASL)  混合手勢英語 (Pidgin Signed English, PSE)

手語化精確英語 (Signing Exact English, SEE)

同步聽打服務 (Communication Access Realtime Translation, CART) / 字幕

輔助聽力裝置 (FM 調頻系統、感應線圈系統)  其他類型的手語翻譯員

觸覺式手語 (適用於同時失聰又失明的人士)

b. 請向我們進一步說明有關該人士所需的手語翻譯或字幕類型：

c. 如果 DHS/OHA 有會使用您慣用類型之手語翻譯或字幕的員工能夠與您溝通，其是否符合您的需求？  是  否

### 3. 此人士的英文口語能力如何？ 非常流利 流利 不流利 不知道 拒絕作答

### 4. 此人士是否失聰或者有嚴重的聽力障礙？

是，該情況是從幾歲開始的？ \_\_\_\_\_  否  不知道  拒絕作答

### 5. 此人士是否失明或者即使戴眼鏡仍有嚴重的視力障礙？

是，該情況是從幾歲開始的？ \_\_\_\_\_  否  不知道  拒絕作答

### 6. 如果此人士已年滿 5 歲以上，其是否因為身體、心理或情緒方面的病症而在注意力、記憶力、理解力或決策力方面有嚴重的問題？

是，該情況是從幾歲開始的？ \_\_\_\_\_  否  不知道  拒絕作答

### 7. 如果此人士已年滿 5 歲以上，其是否在行走或爬樓梯方面有嚴重的問題？

是，該情況是從幾歲開始的？ \_\_\_\_\_  否  不知道  拒絕作答

### 8. 如果此人士已年滿 5 歲以上，其是否無法自己更衣或沐浴？

是，該情況是從幾歲開始的？ \_\_\_\_\_  否  不知道  拒絕作答

## 步驟 5

## 人口統計問題以協助我們更妥善地為您提供服務 — 選填

9. 如果此人士已年滿 15 歲以上，其是否無法自己處理雜事？例子包括前往醫生的診所就診或購物。這是否是因為身體、心理或情緒方面的病症所導致？

是，該情況是從幾歲開始的？ \_\_\_\_\_  否  不知道  拒絕作答

10. 此人士是否因為身體、心理或情緒方面的問題而在從事任何活動時受到任何限制？

是  否  不知道  不願作答

11. 此人士認為自己的種族、族裔、部落、原國籍或祖籍是什麼？

續上頁。

12. 此人士認為自己是什麼族裔或種族？請勾選所有適用選項。

美國印第安人或  
阿拉斯加原住民：  
 美國印第安人  阿拉斯加原住民  加拿大因紐特人、梅蒂人或第一民族  
 墨西哥、中美洲或南美洲原住民

亞裔：  
 華人  越南人  韓國人  苗族  寮國人  菲律賓人  
 日本人  南亞人  亞裔印第安人  其他亞洲人

黑人或非裔美國  
人：  
 非裔美國人  非洲人 ( 黑人 )  
 加勒比海人  其他黑人

西語裔或拉丁語裔  
人：  
 墨西哥人  中美洲人  南美洲人  其他西語裔或拉丁語裔

夏威夷原住民或  
太平洋島民：  
 夏威夷原住民  關島人或查摩洛人  薩摩亞人  
 密克羅尼西亞人  東加人  其他太平洋島民

白人：  
 西歐人  東歐人  斯拉夫人  中東人  
 北非人  其他白人

其他： \_\_\_\_\_  不知道  拒絕作答

如果選擇超過一項以上的族裔或種族認同，請將最能代表此人士主要身分的選項圈起來。

## 步驟 6

### 其他問題 — 選填

您可自行選擇是否要回答這些問題。您的答案將不會影響您的福利判決。

1. 如果您尚未在您現在居住的地區註冊投票，您今天想要申請註冊投票嗎？申請註冊投票或拒絕註冊投票將不會影響本機構為您提供補助的金額。

是  否

如果您認為有人侵犯您註冊投票或拒絕註冊投票的權利、侵犯您決定是否要註冊投票或申請註冊投票的隱私權，或侵犯您選擇自己政黨或其他政治偏好的權利，您可致電 **503-986-1518** 或寄送電子郵件至 **elections.sos@state.or.us** 以向俄勒岡州國務卿提出投訴。

2. 您的家庭中是否有任何成員目前在軍中服役或曾經在軍中服役？  是，請在下方將這些人士列出。  否

名字 / 姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

如回答「是」，此人士是否希望接獲退伍軍人事務部的聯絡，以瞭解其可能可以獲得的其他資源？  是  否

名字 / 姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

如回答「是」，此人士是否希望接獲退伍軍人事務部的聯絡，以瞭解其可能可以獲得的其他資源？  是  否

## 您的權利和責任

本部分的資訊旨在為您說明您的權利與責任。您的「權利」是指俄勒岡州公眾服務部 (DHS) 及俄勒岡州衛生監管機關 (OHA) 同意為您提供的服務。您的「責任」是指當您申請醫療補助時，您同意完成的事項。

請仔細閱讀這些資訊。您可以要求 DHS 的工作人員向您解釋這些資訊。如果您有不瞭解的資訊，敬請提問。您可致電 1-800-699-9075 (聽障專線 711) 詢問問題。當您透過 DHS 或 OHA 取得福利時，您 (及您的家人) 同意完成一些事項。如果您取得福利超過您所應得的福利，您可能會喪失這些福利或者您必須將福利費用償還給 DHS 或 OHA。

「續保申請指南」中有更多與您權利和責任有關的資訊。「續保申請指南」隨附於寄送本申請表的信封當中。您也可以在线上找到該表格：

<http://bit.ly/renewohp4>。您還可以致電 1-800-699-9075 (聽障專線 711) 以索取一份「續保申請指南」。

### 您的權利 (您可以期許 DHS 和 OHA 將會為您提供的服務)：

- DHS 和 OHA 將會以尊重的態度以及公平且禮貌的方式對待您。
- 您可以在線上檢視我們的「隱私慣例聲明」，網址為 <https://apps.state.or.us/Forms/Served/m42090.pdf>，或者我們會將其公布於 DHS 辦事處。
- 您可在提出申請、填寫表格或通報變更時尋求以您慣用語言提供的協助。
- DHS 和 OHA 將會以您能夠使用的格式或能夠瞭解的語言為您提供資訊。
- 如果您是殘障人士，DHS 和 OHA 將會盡力滿足您的特殊需求。DHS 和 OHA 遵守《美國殘障人士法案》(Americans with Disabilities Act) 以及《康復法案》(Rehabilitation Act) 第 504 節的規定。
- **您的聽證權利：**
  - » 如果您不同意 OHA 或 DHS 針對您健康保險資格所作的決定，您有權申請聽證會。
  - » 如果您沒有在 45 天內收到我們的決定通知，您可以申請聽證會。
  - » 您有權選擇一名授權代表在聽證會進行期間代表您。
  - » 您可透過書面方式或致電 1-800-699-9075 (聽障專線 711) 申請聽證會。
  - » 您將會 (透過郵件或電子郵件) 收到一份資格通知，如果您想舉行聽證會，您必須在資格通知上所示日期起的 90 天內提出申請。即使您與我們聯絡，您申請聽證會的截止日期也不會改變。
  - » 如果您有接受居家和社區照護或看護中心照護，則您沒有權針對遺產追討要求申請聽證會。請參閱「續保申請指南」中的「遺產追討」部分，以瞭解更多有關遺產追討計劃的資訊。

### 您的責任 (您必須完成的事項)：

#### 您必須：

- 向 DHS 和 OHA 提供真實、正確且完整的資訊。
- 針對您所通報的部分事項提供證明。如果您無法取得證明，您必須在必要時准許我們與其他人或其他機構聯絡以索取證明。
- 准許 DHS 和 OHA 的工作人員至您府上進行訪視，以取得與您個案有關的資訊。
- 向 DHS 和 OHA 通報變更。
- 如果您的個案獲選必須接受審查，您必須協助 DHS 和 OHA 取得證明。我們將會隨機抽選個案接受審查。
- 授權司法部的子女撫養分部向 DHS 和 OHA 公開您的子女撫養記錄，除非您有正當理由拒絕授權。

## 步驟 7

## 請閱讀並簽名(續)

- 申請並使用您有資格獲得的特定福利或補助金。您可在「續保申請指南」中找到這些福利或補助金的例子。
- 針對您在本申請表中所提供的資訊通報特定變更。在福利獲得核准後，通知將會告訴您必須通報的內容和時間。請在「續保申請指南」中閱讀有關通報變更的進一步資訊。
- 如果您擁有其他健康保險，您必須在接受照護之前告知醫療服務提供者（醫生、診所、藥房或醫院）。請參閱「續保申請指南」以瞭解詳情。
- 如果您或您家中任何人發生以下情況，您必須在 10 天內向人身傷害留置權處理單位進行通報：
  - » 取得醫療補助或俄勒岡州健康計劃 (OHP) 福利；以及
  - » 針對導致傷害的責任方提出索賠。
- 自動授予 DHS 和 OHA 權利，讓其取得根據法律規定需負責支付您任何醫療費用的其他人士所支付的款項。此規定適用於透過 DHS 或 OHA 獲得健康保險的所有人士。這稱為「轉讓給付」給 DHS 或 OHA 和 CCO。請在「續保申請指南」中閱讀更多有關轉讓給付的資訊。

## 額外資訊

### 社會安全號碼 (SSN) 的使用

根據聯邦法律和法規的規定，任何人凡申請醫療福利，皆必須提供 SSN（若有）：聯邦法律 - 42 USC 1320b-7(a)、7 USC 2011-2036、42 CFR 435.910、42 CFR 435.920、42 CFR 457.340(b)。在申請表上填寫您的 SSN 即代表您允許俄勒岡州衛生監管機關 (OHA) 或公眾服務部 (DHS) 使用您的社會安全號碼並基於下列理由將您的社會安全號碼告知他人：

- DHS 和 OHA 將會使用您的 SSN 來協助判定您是否符合福利資格。我們會將您的 SSN 用於下列用途：
  - » 驗證您的收入
  - » 驗證其他資產
  - » 與其他州政府及聯邦政府記錄進行比對，例如下列單位：
    - 國稅局 (Internal Revenue Service, IRS)
    - 社會安全局
    - Medicaid
    - 失業保險福利
    - 子女撫養服務處
    - 其他公共補助計劃。
- 若您申請或領取福利的計劃要求 DHS 和 OHA 提供資訊或報告，DHS 和 OHA 可能會使用您的社會安全號碼來準備蒐集資訊或報告。
- DHS 和 OHA 可基於下列理由使用或揭露您的 SSN：
  - » 如果我們需要您的社會安全號碼來營運您所申請或領取福利的計劃。
  - » 進行品質評估和改善活動。
  - » 確認給付金額正確並追討超額給付的福利。
  - » 確認沒有人透過一個以上的家庭領取福利。

如果有人沒有 SSN 並想提出申請，請造訪 [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) 以瞭解如何申請 SSN 的資訊。

### 收入與資產驗證

您在本表格中所提供的收入與資產相關資訊將需接受聯邦政府、州政府及地方政府官員的審查和驗證。當我們在確認您的醫療補助資格時，DHS 和 OHA 會使用下列工具：

- 聯邦資料服務中心 (Federal Data Services Hub, FDSH)
- 資產驗證系統 (Asset Verification System, AVS)
- 收入和資格驗證系統 (Income and Eligibility Verification System, IEVS)

如需更多有關收入和資產驗證的資訊，請參閱「續保申請指南」。

### 子女撫養計劃

在您獲得健康保險後，如果您有子女且您子女的父親或母親未與你們同住，您可能必須與州政府的子女撫養計劃合作。此規定有一些例外情況，但前提是您必須有正當理由。請參閱「續保申請指南」，以瞭解更多有關與子女撫養計劃合作以及正當理由的資訊。

### 遺產追討計劃

任何人只要有接受長期照護服務，DHS 或 OHA 便可能會在其過世之後，透過其遺產追討款項，以用於支付其所獲得的服務與支援。遺產追討規定有許多例外情況。請參閱「續保申請指南」中的「遺產追討」一節，以瞭解更多資訊。

### 轉讓資產的罰則

如果您以低於資產的價值轉讓資產，您可能會喪失獲得某些健康保險的資格。我們所謂的轉讓資產是指您將資產贈與或出售給他人。如需更多與轉讓資產有關的罰則資訊，請參閱「續保申請指南」。

### 反歧視政策

公眾服務部 (DHS) 和俄勒岡州衛生監管機關 (OHA) 不會歧視任何人。換而言之，DHS 和 OHA 將會協助所有符合資格的人士。DHS 和 OHA 將不會因為下列任何理由而對任何人有差別待遇：

- 年齡
- 原國籍
- 殘障
- 種族
- 性別
- 性取向\*
- 膚色
- 宗教
- 婚姻狀態

如果您認為 DHS 或 OHA 因上述任何原因而對您有差別待遇，您可以提出投訴。若要提出投訴，您可致電或寫信給州長的權益維護辦公室：

Governor' s Advocacy Office  
 500 Summer Street NE, E17  
 Salem, OR 97301  
 503-945-6904  
 1-800-442-5238、聽障專線 711  
 電子郵件：DHS.info@dhsoha.state.or.us

法律規定人人均應享有平等機會！

我們與美國農業部 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 及美國衛生與公眾服務部 (Health & Human Services, HHS) 合作。上述兩個機構均是提供平等機會的服務提供者與雇主。我們可應要求為殘障人士提供輔助及服務。

如欲向 USDA 和 HHS 提出投訴，請閱讀「Client Discrimination Complaint Information」( 客戶歧視投訴資訊 ) 表格 (DHS 9001，網址 <https://apps.state.or.us/forms/served/de9001.pdf>)。

\*性取向受到州法律的保護，但不受聯邦法律的保護。

### 簽署本申請表即代表本人同意下列聲明：

- 本人是在瞭解作偽證之處罰的情況下簽署本申請表。換而言之，本人已就本人所知，針對本表格上的所有問題提供真實、正確且完整的答案。本人瞭解，根據聯邦法律規定，如果本人提供錯誤和 / 或不實資訊，本人可能會受到處罰和 / 或必須為超額給付負責。
- 本人瞭解並同意本申請表及「續保申請指南」中所說明的權利與責任。
- 本人瞭解並同意本申請表中「請閱讀並簽名」部分(步驟 7)以及「續保申請指南」中「請閱讀並簽名」部分所述的資訊。
- DHS 和 OHA 可以審查本人的個案。這可能包括 DHS 前來本人的家中進行訪視。
- DHS 和 OHA 將會使用州政府和聯邦政府的電腦資料庫及系統來確認本人在本表格中所提供的資訊。
- DHS 和 OHA 可能會將本表格中的資訊提供給：
  - » 進行審查的聯邦政府機構及州政府機構。
  - » 如果本人必須將福利費用償還給 DHS 或 OHA，DHS 或 OHA 可將本申請表中的資訊交給聯邦政府機構和州政府機構以及私人催帳機構。
- DHS 和 OHA 可使用本人的資訊來執行本人透過 DHS 或 OHA 所獲得的其他公共援助計劃。
- 本人確認本人已獲得本人家庭中所有人的同意，得以向我們提交其資訊並收受與其資格和投保有關的溝通訊息。

#### 聲明和簽名

在本表格上簽名即代表本人確認：

- 本人已閱讀並瞭解上方「請閱讀並簽名」部分以及「續保申請指南」(OHP 9325 表格)中「請閱讀並簽名」部分所述的資訊。
- 如果您是授權代表，您可在此處簽名，但條件是您和申請人必須填寫並簽署授權代表委任表 (<http://bit.ly/authrep6>)。

正楷姓名



簽名



今天日期 ( 月月 / 日 / 年年年年 )



您家庭中正在申請福利的任何人士是否：

- 正在使用 Medicare 或有資格使用 Medicare
- 年滿 65 歲以上
- 申請長期照護服務

是  否

如回答「是」，我們可能需審查其是否因年齡、失明或殘障而符合計劃資格。如果我們要審查這些計劃，我們將需要本附錄中的資訊。您不一定要現在就回答這些問題，但現在回答可能可以加速續保流程。

1. 請告知我們您及您家庭成員的資產。可能的資產包括：手邊現金、由其他人代您保管的現金、支票帳戶、儲蓄帳戶、股票、債券、保險箱內的現金、買賣合約、房地產資金、退休資金、定存、個人存款 / 緊急預備金、證券、信託帳戶及年金帳戶和信託資金。

資產	地點及帳號	該資產是列於誰的名下?	金額或價值
			\$
			\$
			\$
			\$

2. 您家中是否有任何人擁有車輛？包括汽車、卡車、摩托車、船隻、露營車、其他機動車輛、拖車、農場或商用設備。 是  否

項目 (廠牌/型號/年份)	所有人	目前價值	積欠金額
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

3. 您家中是否有任何人擁有任何不動產？不動產可能包括您所居住的房子、店面或出租用房子或度假用房子。

是，請在下方列出。如有多項不動產，請影印本頁以列出更多不動產。

否

不動產的類型：							
不動產的街道地址：							
城市：		州：		郵遞區號：		郡縣：	
a. 目前價值：		積欠金額：		每月費用：			
b. 房屋稅 (除非已包含在每月費用當中)：							
c. 火災險：(除非已包含在每月費用當中)：							
d. 所有人：							
e. 不動產的用途 (商用、度假屋、出租等)：							
f. 此不動產是否有終身產權？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					



4. 不動產轉讓：您或其他申請人在過去 60 個月 ( 5 年 ) 內是否曾出售、交易、贈與或轉讓 ( 包括轉入信託或從信託轉出 ) 下列任何項目：個人物品、現金、不動產 ( 土地、房屋或終身產權 ) 或房屋淨值貸款的所得款？

是，請在下方為我們提供相關資訊， 否

不動產說明	轉讓日期	轉讓時的價值	收到金額	尚積欠您的金額	每個月收到金額
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

上列是否有任何不動產轉讓是由於離婚而導致的？  是  否

如果是轉入信託或從信託轉出，該信託是否可以撤銷？  是  否

律師姓名：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

5. 您的家庭中是否有任何人擁有預付型的喪葬或葬儀協議？  是  否

擁有預付型喪葬協議之人士的名字和姓氏：\_\_\_\_\_

殯儀館和地點：\_\_\_\_\_

該葬儀 / 喪葬計劃目前的價值是多少？\$ \_\_\_\_\_

此預付型喪葬協議的資金來源為何？

喪葬保險  不可撤銷的信託  持照葬儀服務提供者  可撤銷的信託  喪葬資金

---

擁有預付型喪葬協議之人士的名字和姓氏：\_\_\_\_\_

殯儀館和地點：\_\_\_\_\_

該葬儀 / 喪葬計劃目前的價值是多少？\$ \_\_\_\_\_

此預付型喪葬協議的資金來源為何？

喪葬保險  不可撤銷的信託  持照葬儀服務提供者  可撤銷的信託  喪葬資金

6. 您的家庭中是否有任何人擁有人壽保險或喪葬保險保單？  是  否

受保人的名字和姓氏：\_\_\_\_\_

保險類型 ( 終身人壽險、定期人壽險、喪葬險 )：\_\_\_\_\_

此保險計劃的面值是多少？\$ \_\_\_\_\_

---

受保人的名字和姓氏：\_\_\_\_\_

保險類型 ( 終身人壽險、定期人壽險、喪葬險 )：\_\_\_\_\_

此保險計劃的面值是多少？\$ \_\_\_\_\_

7. 您或您家中是否有任何人需支付住房費用？  是  否

a. 如回答「是」，總費用：\$ \_\_\_\_\_

• 您需支付多少費用？\$ \_\_\_\_\_

• 還有哪些其他人需負責支付費用？ \_\_\_\_\_ 該人士支付的費用金額是多少？\$ \_\_\_\_\_

b. 此費用是否包含任何基礎設施費？

是，請告知我們未包含在上列金額中的基礎設施費。 否

水費和汙水處理費：\$ \_\_\_\_\_  垃圾費：\$ \_\_\_\_\_  電費：\$ \_\_\_\_\_

瓦斯費：\$ \_\_\_\_\_  其他基礎設施： \_\_\_\_\_ 金額：\$ \_\_\_\_\_

c. 除了住房費用之外，您是否需負責支付冷暖氣費用？  是  否

d. 您的家庭中是否有任何人需負責為您的住處支付任何基礎設施費？  是  否

付費人士	基礎設施	頻率	金額
			\$
			\$
			\$
			\$

8. 您的家庭中是否有任何人需負責支付醫療費用？ 您不一定要將您的醫療費用告訴我們，但告訴我們您的醫療費用可能可以減少您需支付的長期照護服務費用。一些例子包括處方藥費用、健康保險保費、共付額等。

是，請在下方為我們提供相關資訊， 否

付費人士	費用類型	頻率	金額
			\$
			\$
			\$
			\$

您可自行選擇是否要填寫本表格，且填寫與否均不會對您的福利判決造成影響。請為有提供健康保險的每位僱主填寫下列資訊。本頁是一項工具，您可以將本頁提供給您的僱主，以協助您回答與其提供之保險有關的問題。

1. 這是哪位人士的僱主？

名字 / 姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

2. 僱主資訊：

a. 僱主名稱：\_\_\_\_\_

b. 僱主辦公室中負責處理本健康保險相關問題的聯絡人姓名：

姓名：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 分機：\_\_\_\_\_ 電子郵件：\_\_\_\_\_

3. 此僱主今年是否將會提供健康保險？  是  否

4. 此申請人需要支付多少保費才能投保費用最低、符合最低價值標準\*且僅提供給員工使用的計劃（不包括家庭計劃）？如果僱主有提供保健計劃，請列出員工需支付多少保費才能獲得戒煙計劃的最高折扣，不過其他保健計劃將無折扣。

保費金額：\$ \_\_\_\_\_  我不知道

頻率： 每週一次  每隔週一次  每個月一次  每個月兩次  其他：\_\_\_\_\_

5. 此人士目前是否有投保本健康保險？  是  否

6. 此僱主是否有為配偶 / 受撫養人提供保險？  是  否

7. 此保險在明年是否會有變更？

是，請告知我們有哪些變更。  否  我不知道此僱主是否會變更健康保險

僱主將不再提供保險

僱主將會調整保費。若要投保費用最低、符合最低價值標準\*且僅提供給員工使用的計劃（不包括家庭計劃），需支付的保費將為：

保費金額：\$ \_\_\_\_\_  我不知道

頻率： 每週一次  每隔週一次  每個月一次  每個月兩次  其他：\_\_\_\_\_

此變更的生效日期是在何時？ \_\_\_\_\_  我不知道

8. 此人士明年是否有投保僱主的保險？

是，何時？ \_\_\_\_\_  否

9. 此人士明年是否預計會退出僱主保險？

是，何時？ \_\_\_\_\_  否

\* 如果僱主的計劃將會給付 60% 以上的總許可費用以作為計劃的分攤費用，則該計劃便符合「最低價值標準」（1986 年國稅法第 36B(c)(2)(C)(ii) 節）



www.OHP.oregon.gov  
1-800-699-9075 (聽障專線 711)

OHP 7310 (12/20) Traditional Chinese