



# 俄勒冈州健康计划福利 申请表

## 内容

重要注意事项 .....	3
第1步 — 主要联络人 .....	6
第2步 — 其他家庭成员 .....	10
第3步 .....	19
工作收入 19	
通过其他来源所获得的收入 20	
扣除额 21	
年收入 22	
第4步 — 额外家庭问题 .....	23
第5步 — 其他健康保险承保 .....	27
第6步 — 人口统计问题以协助我们更妥善地为您提供服务 — 选填 .....	29
第7步 — 其他问题 — 选填 .....	37
第8步 — 请阅读并签名 .....	38
附录 A — 老年人及残障人士服务处 — 选填 .....	42
附录 B — 雇主保险 — 选填 .....	45
附录 C — 隐私权条例通知 .....	46



English

**IMPORTANT NOTICE**

This is an important letter that may affect your health care benefits. If you do not understand this letter, please call the Oregon Health Plan right away at 1-800-699-9075 or 711 (TTY). You can get this letter in another language, larger print, audio tape, braille or another format. You can also request free interpreter services.

Spanish/Español

**AVISO IMPORTANTE**

La presente es una carta importante que puede afectar sus beneficios de atención de salud. Si no entiende esta carta, favor de llamar al Plan de Salud de Oregon de inmediato al 1-800-699-9075 ó 711 (TTY, para personas con problemas auditivos). Puede obtener esta carta en otro idioma, letra grande, cinta de audio, braille u otro formato. También puede solicitar servicios de interpretación gratis.

Russian/Русский

**ВАЖНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ**

Настоящее письмо является важным, поскольку оно может повлиять на ваши льготы в системе здравоохранения. Если вы не поймете содержания данного письма, то, пожалуйста, сразу же позвоните в программу медицинского страхования штата Орегон «Oregon Health Plan» по телефону 1-800-699-9075 (услуги телетайпа доступны по номеру 711). Вы можете получить это письмо, напечатанное на другом языке, крупным шрифтом или шрифтом Брайля, записанное на аудио-ленту или в другом формате. Вы также можете сделать запрос на получение бесплатных услуг переводчика.

Vietnamese/Tiếng Việt

**THÔNG BÁO QUAN TRỌNG**

Đây là thư quan trọng có thể ảnh hưởng đến trợ cấp săn sóc y tế của quý vị. Nếu quý vị không hiểu rõ thư này, xin gọi điện thoại cho Chương Trình Y Tế Oregon tại số 1-800-699-9075 hoặc 711 (TTY=điện thoại dành cho người điếc hoặc khuyết tật về phát âm) ngay tức khắc. Quý vị có thể nhận được thư này bằng một ngôn ngữ khác, in khổ chữ lớn, băng thâu âm, chữ nổi Braille hoặc hình thức khác. Quý vị cũng có thể xin dịch vụ thông dịch miễn phí.

Simplified Chinese/中文

**重要通知**

这封信函很重要，可能会影响您的医疗保健福利。如果您不理解本信函中的内容，请立即致电俄勒冈健康计划（Oregon Health Plan），电话：1-800-699-9075 或 TTY 专线：711。您可以申请获取本信函的其他语言、大字印刷、录音磁带、盲文或其他格式版本。您也可以申请免费口译服务。

Somali/Soomaali

**OGAYSIIN MUHIIM AH**

Tani waa warqad muhiim ah oo laga yaabo in ay saamayso faa'iidooyinkaaga daryeelka caafimaad. Haddii aadan fahmin warqadan, fadlan isla markiiba wac Qorshaha Caafimaadka Oregon 1-800-699-9075 ama 711 (TTY). Waxaad heli kartaa warqadan oo ku qoran luqad kale, far waawayn, cajalada la duubo, farta dadka indhaha aan qabin wax ku akhriyaan ee braille ama qaab kale ah. Sidoo kale waxaad codsan kartaa adeegyo turjubaanimo oo lacag la'aan ah.

Arabic/العربية

**إخطار هام**

هذه الرسالة مهمة وقد يكون لها تأثير على منافع رعايتك الصحية. وإذا كنت لا تفهمها، فيرجى الاتصال فوراً ببرنامج Oregon Health Plan على رقم الهاتف 1-800-699-9075 أو رقم 711 (للذين يستخدمون المبرقة الكاتبة – TTY). كما يمكنك الحصول على هذه الرسالة في لغة أخرى أو بحروف كبيرة أو مسجلة على شريط صوتي أو بلغة البريل أو بتنسيق آخر. كما يمكنك أيضاً طلب خدمات مترجم شفهي مجاناً.

Burmese/မြန်မာ

**အရေးကြီးသည့် အသိပေးအကြောင်းကြားစာ**

ဒီစာက သင့်ရဲ့ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့်တွေအပေါ် သက်ရောက်နိုင်တဲ့ အရေးကြီးတဲ့စာဖြစ်ပါတယ်။ ဒီစာကို နားမလည်ရင် (အော်ရီဂွန် ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်) Oregon Health Plan ကို 1-800-699-9075 ဒါမှမဟုတ် 711 (TTY) မှာ ချက်ချင်းဖုန်းဆက်ပါ။ ဒီစာကို တခြားဘာသာစကား တစ်ခု၊ စာလုံးကြီး၊ အသံဖမ်းထားတဲ့တိပ်ခွေ၊ မျက်မြင်တွေအတွက် ဘာရေးလ် ဒါမှမဟုတ် တခြားပုံစံနဲ့ ရနိုင်ပါတယ်။ အခမဲ့ စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုလည်း သင်တောင်းဆိုနိုင်ပါတယ်။

OHP 0097 (09/14)

Korean/한국어

**중요 공지사항**

이 서신은 여러분의 건강 진료 혜택에 영향을 줄 수 있는 중요한 내용을 알려드리기 위한 것입니다. 이 서신을 이해할 수 없다면, 즉시 오레곤 건강보험(OHP)의 전화 1-800-699-9075 또는 711(TTY) 번으로 연락하십시오. 이 서신은 다른 언어나, 큰 활자, 음성 테이프, 점자 또는 다른 형식으로 받아 볼 수 있습니다. 또, 무료 통역 서비스를 요청할 수도 있습니다.

Nepali/नेपाली

**महत्वपूर्ण सूचना**

यो तपाईंको स्वास्थ्यलाई असर गर्ने खालको एउटा महत्वपूर्ण पत्र हो । तपाईंले यसलाई बुझ्नु भएन भने ओरेगोन स्वास्थ्य योजनाको टेलिफोन 1-800-699-9075 वा 711 (TTY) मा तुरुन्तै सम्पर्क गर्नु होस् । तपाईं यो पत्र अर्को भाषा, ठूलो प्रिन्ट, अडियो टेपा, ब्रेली वा अन्य ढाँचामा पनि प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ । तपाईंको निःशुल्क दोभाषे सेवाको अनुरोध पनि गर्न सक्नुहुन्छ ।

Karen/ကညီ

**တၢ်ဘိးဘၣ်သ့ၣ်ညါ အရၢဒိၣ်**

လံာ်ပရၢအံၤအရၢဒိၣ်ဝဲဒီး မ့ၢ်တၢ်လၢကမၤဘၣ်ဒိ နတၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့အတၢ်န့ၢ်ဘျးတဖၣ်န့ၣ်လီၤ. နမ့ၢ်တၢ်န့ၢ်ပာ်လံာ်ပရၢအံၤအလိၤ, ဝံသးစ့ၢ်ကိး အိၣ်ရံၣ်ကၢၣ်တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့တၢ်တိၢ်ကျဲၤ (Oregon Health Plan) တဘျီယီဝဲ 1-800-699-9075 မ့တမ့ၢ် 711(TTY)တက့ၢ်. နမၤန့ၢ် လံာ်ပရၢအံၤလၢ ကျိၣ်အဂၤတက့ၢ်, လၢလံာ်မဲၣ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, လီၤကိၤသ့ၣ်တၢ်ကလုာ်, ပုၤမဲၣ်တထံၣ်တၢ်လံာ် မ့တမ့ၢ် တၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်အဂၤတမံၤသ့န့ၣ် လီၤ. နယုတၢ်ကတိၤကျိးထံန့ၢ်န့ၢ်အကလိၤသ့န့ၣ်လီၤ.

Romanian/Română

**AVIZ IMPORTANT**

Aceasta este o scrisoare importantă care s-ar putea să vă afecteze beneficiile dv medicale. Dacă nu înțelegeți această scrisoare, vă rugăm să sunați Planul de Sănătate Oregon imediat la 1-800-699-9075 sau 711 (TTY). Puteți primi această scrisoare într-o altă limbă, tipar mărit, casetă audio, braille sau alt format. De asemenea puteți cere servicii de translator gratuite.

Farsi/فارسی

**اطلاعيه مهم**

این یک نامه بسیار مهم است که می تواند بر مزایای مراقبت های بهداشتی و درمانی شما تاثیر بگذارد. اگر متن این نامه را متوجه نمی شوید، لطفاً فوراً با برنامه مراقبت های بهداشتی اورگان (Oregon Health Plan) در شماره تلفن 1-800-699-9075 یا 711 (TTY) تماس بگیرید. می توانید این نامه را به زبان های دیگر، بصورت چاپ شده با حروف درشت، روی نوار صوتی، به خط بریل یا فرمت های دیگر دریافت نمایید. همچنین می توانید خدمات ترجمه شفاهی رایگان درخواست کنید.

Hmong/Hmoob

**DAIM NTAWV CEEB TOOM TSEEM CEEB**

Nov yog ib tsab ntwav tseem ceeb heev uas tej zaum yuav ua li cas rau koj tej kev pab duav nqi kho mob. Yog koj tsis to taub tsab ntwav no, thov hu mus rau Oregon Pawg Kho Mob sai li sai tau nyob ntwam 1-800-699-9075 los sis 711 (TTY). Koj los muaj cai tau tsab ntwav no ua lwm yam lus, ua ntwav loj loj, kaw hauv kab xev, ua lus braille los sis ua lwm yam. Koj kuj txais tau kev pab txhais lus pub dawb.

Mein/Mienh

**JIENV NYEI FIENX**

Naaiv se jienv nyei fienv mbuox taux meih duqv tengx nyei zorc baengc jauv. Se gorngv meih maiv bieqc hnyouv naaiv zeiv fienv, tov meih heuc mingh lorz Oregon Health Plan siepv yiem 1-800-699-9075 fai 711 (TTY). Meih haih lorz naaiv zeiv fienv fiev dieh nyungc nzaangc, hlo nyei nzaangc, siou waac hlang, hluo nyei nzaangc fai dieh nyungc. Meih yaac haih tov faan waac mienh tengx duqv nyei.

Cambodian/ភាសាខ្មែរ

**សំបុត្រជូនដំណឹងសំខាន់**

នេះគឺជាសំបុត្រមួយដ៏សំខាន់ ដែលប្រហែលជាអាចប៉ះពាល់ដល់ជំនួយសុខភាពរបស់អ្នក ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់អំពីអត្ថន័យរបស់សំបុត្រនេះទេ សូមមេត្តាទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរដ្ឋអូរីហ្គិនភ្លាមៗ តាមរយៈលេខ 1-800-699-9075 ឬ 711 (TTY) ។ អ្នកអាចទទួលបានសំបុត្រនេះជាភាសាផ្សេងៗ អក្សរធំៗ, កាសែតថតសម្លេង, អក្សរសំរាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំរកអ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃបានដែរ ។

# 俄勒冈州健康计划福利申请表



## 重要事项

- **您可以通过在线更快速地提出申请。**请登录网站 [OHP.Oregon.gov](http://OHP.Oregon.gov) 以建立账户并开始进行申请。
- **必要信息** — 标有星号"★"的问题为必填。如果您没有回答标有"★"的问题, 您的申请将会遭到延迟。
- 我们在寄本表格给您时随附了一份“申请指南”。申请指南中包含了实用信息, 告诉您如何回答每个部分的问题。您也可在 [OHP.Oregon.gov](http://OHP.Oregon.gov) 找到该申请指南。
- 请填写所有必要页面, 然后在申请表上**签名**并将其寄送至:  
**邮寄:**OHP Customer Service, P.O. Box 14015, Salem, OR 97309-5032  
**传真:**使用本文件包中的**黄色封页**将您的文件传真至 503-378-5628。请传真每一页的正反面。

### 在您开始之前 — 请先检阅下列信息, 以协助我们处理您的申请。

- 1. 您的家庭中有几个人?** 在本申请表中, 我们使用“家庭”一词。您的家庭包括您的配偶、子女以及您将其列在所得税申报表中的任何其他人士。您的家庭可能包括与您同住以及未与您同住的人士。以下是您应该包含在本申请表中的人士清单。
- 2. 请将下列人士包含在本申请表当中:**
  - 您本人
  - 您的法定配偶
  - 您的同居伴侣(如果你们共同拥有未满 19 岁的子女)
  - 与您同住的子女(未满 19 岁); 以及
  - 您包含在联邦所得税申报表中的任何人, 包括子女(任何年龄)或配偶, 即便他们并未与您同住。您不一定要报税才能获得健康保险。
  - 如果您未满 19 岁, 也请包含与您同住的父母、继父母以及任何兄弟姐妹(未满 19 岁)
  - 如果您要申请长期照护服务且您有配偶未与您同住, 请将您的配偶包含在本申请表中。

**重要信息:**是否有人与您同住但未列于上方清单中? 如果他们需要健康保险, 他们必须另外填写一份申请表。

如果您家庭人数超过四人以上, 请影印第**2步**(第 10-12 页)并为这些人士填写该页面。
- 3. 本人要替本人家庭中符合下列条件(请勾选所有适用选项)的人士提出申请:**
  - 已怀孕
  - 有紧急医疗或行为健康需求
  - 在监狱/遭监禁
  - 符合下列其中一项条件:
    - 需要协助从事日常活动(如沐浴、更衣等); 或
    - 居住在医疗机构或看护中心
  - 符合下列其中一个选项:
    - 属于获得联邦认可的部落注册成员或是阿拉斯加原住民地区联盟的成员; 或
    - 正通过印第安健康服务部、部落健康诊所或都市印第安诊所接受服务
    - 目前正在使用 OHP。如果您的家庭中目前有人正在领取福利, 您可能不需要填写一整份申请表。如果您要将某人新增至您的个案中, 或者您要针对您现有的个案通报变更, 请登入您的在线账户或致电 1-800-699-9075 (听障专线 711) 告知我们这些变更

### 仅供官方使用

申请日期:	受理日期:	个案编号:
-------	-------	-------



★ 9. 您是否有不同于住家地址的通讯地址?

是 — 请在下方向我们提供您收信用的通讯地址。 否。

地址 (包括公寓门牌号码)					
城市		州		邮政编码	郡县

10. 您是否需要其他格式的书面数据?  是, 请在下方标记一项。 否

大字版  语音版  盲文版  CD  口头简报

★ 11. 您希望我们使用什么语言来: 与您通信? \_\_\_\_\_ 与您沟通交谈? \_\_\_\_\_

12. 您是否想要选择一位授权代表或者选择一位或多位替代收款人? 请参阅“申请指南”以了解更多有关授权代表与替代收款人的信息。

是。您及授权代表和/或替代收款人将需填写一份授权代表及替代收款人委任表。  
(<http://bit.ly/authrep5>)。

否

13. 是否有小区合作伙伴协助您填写本申请表? 请参阅“申请指南”以了解更多有关小区合作伙伴的信息。

是, 请填写小区合作伙伴协助同意书 (<http://bit.ly/cpconsent5>)。 否

★ 14. 您是否打算针对您在今年所获得的收入申报联邦所得税?  是  否  
如回答“是”, 请填写 a-b 并请务必将您所得税申报表上所列的每位人士包含在第2步 (第 10 页) 中。

a. 您在所得税申报表上的报税身份是什么? 请选择一项:

单身  已婚 - 联合报税  已婚 - 分开报税  符合资格的寡妇 (鳏夫)  户主

b. 您在申报所得税时有任何受抚养人吗?  是, 请在下方列出您的受抚养人。 否  
如果您已婚, 您的配偶不得作为您的受抚养人。如果您有多名受抚养人, 请影印或另纸缮附。

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

★ 15. 您是否是任何人今年联邦所得税申请表上的受抚养人?  是, 请填写 a-b。 否  
如回答“是”, 我们也需要与报税者以及报税者包含在其税表中之其他所有人士有关的信息。请务必在第2步 (第 10 页) 新增与这些人士有关的信息。

a. 报税者是谁? 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 您与报税者是什么关系? \_\_\_\_\_

16. 您是否有家庭成员在最近过世? 您可能可以获得补助支付其医疗账单。  
如果您想申请补助支付其医疗账单, 请向我们提供下列信息并将该人士的信息新增至第1步 2 (第 10 页)。

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 死亡日期: \_\_\_\_\_

**17. 您家庭中正在申请 OHP 福利的任何人士是否:**

- 在过去 3 个月内有任尚未支付的医疗账单? 或
- 在过去 3 个月内曾接受免费医疗服务?

我们可能可以协助支付医生和医院看诊、医疗用品、药物及其他更多服务的账单。请参阅“申请指南”以了解详情。请告诉我们是哪位人士需要协助:

名字	姓氏	出生日期	接受医疗服务的日期

**18. 您家庭中正在申请福利的任何人士是否:**

- 使用 Medicare 或符合 Medicare 的资格 • 年满 65 岁以上 • 正在申请长期照护服务

是  否

**如回答“是”**, 我们可能需审查其是否因年龄、失明或残障而符合计划资格。如果我们需审查这些计划资格, 我们将需要您回答**附录 A** (第 42 页) 中的问题。您不一定要在现在回答附录 A 中的问题, 但回答这些问题可以加速申请流程。

★ **19. 您是否要为您自己申请 OHP 福利? 如果您目前享有 OHP, 您是否想要继续获得福利?**

如果您的家庭中目前有人正在领取 OHP 福利, 您可能不需要填写一整份申请表。如果您要将某人新增至您的个案中、您要申请终止福利, 或者您要针对您现有的个案通报变更, 请登入您的在线账户或致电 1-800-699-9075 (听障专线 711) 告知我们这些变更。

是, 请回答问题 20。  否, 请跳到**第2步** (第 10 页)。

★ **20. 您是否已登记成为获得联邦认可的部落成员或是阿拉斯加原住民地区联盟的成员?  是  否**

**如回答“是”**, 请告诉我们部落名称: \_\_\_\_\_

★ **21. 您是否正通过印第安健康服务部、部落健康诊所或都市印第安诊所接受服务?**

是  否

★ **22. 您父母或(外)祖父母至少其中一方是否已登记成为获得联邦认可的部落成员或是阿拉斯加原住民地区联盟或村落的成员?  是  否**

★ **23. 您是美国公民或国民吗?  是, 请跳到**第2步** (第 10 页)。 否, 请回答问题 24。**

★ **24. 您是否已入籍成为公民或具衍生公民身分?**

是, 请在下方向我们提供相关信息, 并翻到**第2步** (第 10 页)。 否, 请回答问题 25。

**A#、USCIS# 或公民证书编号:** \_\_\_\_\_

## 第1步

## 主要联络人 (填写本表格的人士), 续上页

★ 25. 您是否具备下列任何一项移民身分?  是, 请填写 a-h.  否, 请回答下方第“h”题。

如果您具备下列身分, 请回答“是”。

- 合法永久居民 (Lawful Permanent Resident, LPR) • 难民 • 已获得核准或目前待审中的政治避难者
- 假释犯 – 获得假释的期限至少一年 • 假释犯 – 获得假释的期限少于一年
- 以难民或政治避难者的身分获得假释 • 其他移民身分
- 获得核准或待审中的初步证明 (受到家暴的配偶、子女或家人)
- COFA–自由联合协议签约国的公民 (密克罗尼西亚联邦、马绍尔群岛以及帕劳) • 条件式入境
- 古巴/海地入境者或假释犯 • 特殊移民签证持有人 (Special Immigrant Visa, SIV) • 非移民签证持有人
- 人口贩卖受害者或其家人 (T 签证)
- 在加拿大出生的印第安人 (至少有50%的印第安人血统) 或美国印第安部落登记成员
- 亚美尼亚裔越南人 • 签证申请获得核准 — 身分调整申请待审中

a. 移民身分: \_\_\_\_\_

您不一定要在现在回答下方与您移民文件有关的问题 b-g。但现在就向我们提供这些信息可协助我们更快速地处理您的健康保险申请。

b. 此身分获得核准的日期是: \_\_\_\_\_

c. 移民文件类型: \_\_\_\_\_ 绿卡或文件编号: \_\_\_\_\_

d. 文件过期日期: \_\_\_\_\_ A# 或 USCIS#: \_\_\_\_\_

e. 如果您是合法永久居民 (LPR), 您是否曾经持有下列任何一种身分?

- 难民  政治避难者  亚美尼亚裔越南人  古巴/海地入境者或古巴/海地假释犯
- 以难民或政治避难者的身分获得假释  伊拉克或阿富汗特殊移民
- 人口贩卖的受害者 (T 签证)

f. 您是否是在 1996 年 8 月 22 日之前入境美国?  是  否

g. 您、您的配偶 (不论在世或已过世) 或至少父母一方是否为美军光荣退役的退伍军人或现役军人?  
 是  否

★ h. 您是否曾获得核准可以暂缓递解出境或暂缓驱逐出境?  是  否

## 第2步

## 其他家庭成员 — 成员 2

★ = 必填

- ★ 1. 成员 2 的法定姓名 — 请按照其社会安全卡 (如果其持有社会安全卡) 所示填写其姓名。
- 法定名字:
- 法定姓氏:
- 中间名缩写:  惯用姓名: \_\_\_\_\_
- 
- ★ 2. 出生日期: / /  为进行数据匹配, 您在出生时的性别是什么?:  
 男性  女性
- 
3. 性别认同:  男性  女性  跨性别男性 (FTM)  跨性别女性 (MTF)  未列于此  
 非二元性别者/双灵者  拒绝作答  其他: \_\_\_\_\_
- 
4. 成员 2 与您 (主要联络人) 的关系: \_\_\_\_\_
- 
5. 如果您不是成员 2 的父母或继父母, 您是其主要照顾者吗?  是  否
- 
- ★ 6. 如果成员 2 要申请 OHP 福利, 其持有社会安全号码 (SSN) 吗? 所有申请健康福利并持有社会安全号码的人都必须提供 SSN。如果成员 2 不申请 OHP 福利, 则您可选择是否要向我们提供其 SSN。不过提供 SSN 可以加快申请流程。
- 如果您需要协助申请 SSN, 我们可能可以提供协助。您可致电 **1-800-699-9075** 与我们联络。您也可登录网站 **www.socialsecurity.gov** 或致电 **1-800-772-1213** (听障专线 1-800-325-0778) 与社会安全局联络。
- 您是否要提供成员 2 的 SSN?
- 是, 其 SSN 是:
- 否, 请告诉我们您不提供 SSN 的理由:  已申请 SSN 但尚未收到  新生儿尚没有 SSN  
 持有 SSN 但不知道号码是多少  没有 SSN 但将会提出申请  
 由于宗教理由而没有 SSN  没有要申请福利  
 持有 SSN 但不想提供 (选择这样做将会导致福利遭到拒绝)  其他
- 
7. 成员 2 需要其他格式的书面数据吗?  是, 请在下方标记一项。  否  
 大字版  录音带  盲文版  CD  口头简报
- 
- ★ 8. 成员 2 希望我们使用什么语言:  
与其通信? \_\_\_\_\_ 与其沟通交谈? \_\_\_\_\_
- 
- ★ 9. 成员 2 是否是任何人今年联邦所得税申报表上的受抚养人?  是, 请填写 a-b。  否
- a. 报税者是谁? 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 成员 2 与报税者是什么关系? \_\_\_\_\_
-

★ 10. 成员 2 是否打算针对其在今年所获得的收入申报联邦所得税?

是, 请填写 a-b.  否

a. 成员 2 在所得税申报表上的报税身分是什么?

单身  已婚 - 联合报税  已婚 - 分开报税  符合资格的寡妇(鳏夫)  户主

b. 成员 2 在申报所得税时有任何受抚养人吗?  是, 请在下方列出您的受抚养人.  否

如果您已婚(不论是联合报税或分开报税), 您的配偶不得作为您的受抚养人。

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

★ 11. 成员 2 是否要申请 OHP? 如果该人士目前享有 OHP, 其是否想要继续获得福利?

即使其已享有 OHP 或其他健康保险, 其仍可以提出申请。

是, 请回答问题 12。

否。如果您需要将其他人纳入本申请表中, 请跳到第 13 页。如果您没有需要纳入本申请表中的其他人, 请跳到**第1步 3** (第 19 页)。如需更多信息以了解应将哪些人纳入您的申请表中, 请参阅第 5 页。

★ 12. 成员 2 是否已登记成为获得联邦认可的部落成员或是阿拉斯加原住民地区联盟的成员?  是

否

如回答“是”, 请告诉我们部落名称: \_\_\_\_\_

★ 13. 成员 2 是否正通过印第安健康服务部、部落健康诊所或都市印第安诊所接受服务?

是  否

★ 14. 成员 2 的父母或(外)祖父母至少其中一方是否已登记成为获得联邦认可的部落成员或是阿拉斯加原住民地区联盟或村落的成员?  是  否

★ 15. 成员 2 是否是美国公民或国民?  是, 请跳到第 13 页.  否, 请回答问题 16。

★ 16. 成员 2 是否已入籍成为公民或具衍生公民身分?

是, 请在下方向我们提供相关信息并翻到第 13 页.  否, 请回答问题 17。

A#、USCIS# 或公民证书编号: \_\_\_\_\_

## ★ 17. 成员 2 是否具备下列任何一项移民身分?

是, 请填写 a-h.  否, 请回答下方第“h”题。

如果成员 2 具备下列身分, 请回答“是”。

- 合法永久居民 (Lawful Permanent Resident, LPR) • 难民 • 已获得核准或目前待审中的政治避难者
- 假释犯 – 获得假释的期限至少一年 • 假释犯 – 获得假释的期限少于一年
- 以难民或政治避难者的身分获得假释 • 其他移民身分
- 获得核准或待审中的初步证明 (受到家暴的配偶、子女或家人)
- COFA–自由联合协议签约国的公民 (密克罗尼西亚联邦、马绍尔群岛以及帕劳) • 条件式入境
- 古巴/海地入境者或假释犯 • 特殊移民签证持有人 (Special Immigrant Visa, SIV) • 非移民签证持有人
- 人口贩卖受害者或其家人 (T 签证)
- 在加拿大出生的印第安人 (至少有50%为印第安人血统) 或美国印第安部落登记成员
- 亚美尼亚裔越南人 • 签证申请获得核准 — 身分调整申请待审中

a. 移民身分: \_\_\_\_\_

您不一定要在现在回答下方与成员 2 移民文件有关的问题 b-g。但现在就向我们提供这些信息可协助我们更快速地处理其健康保险申请。

b. 此身分获得核准的日期是: \_\_\_\_\_

c. 移民文件类型: \_\_\_\_\_ 绿卡或文件编号: \_\_\_\_\_

d. 文件过期日期: \_\_\_\_\_ A# 或 USCIS#: \_\_\_\_\_

e. 如果成员 2 是合法永久居民 (LPR), 其是否曾经持有下列任何一种身分?

- 难民  政治避难者  亚美尼亚裔越南人  古巴/海地入境者或古巴/海地假释犯  
 以难民或政治避难者的身分获得假释  伊拉克或阿富汗特殊移民  人口贩卖的受害者 (T 签证)

f. 成员 2 是否是在 1996 年 8 月 22 日之前入境美国?  是  否

g. 成员 2、其配偶 (不论在世或已过世) 或至少父母一方是否为美军光荣退役的退伍军人或现役军人?  是  否

★ h. 成员 2 是否曾获得核准可以暂缓递解出境或暂缓驱逐出境?  是  否

## 第2步

## 其他家庭成员 — 成员 3

★ = 必填

- ★ 1. 成员 3 法定姓名 — 请按照其社会安全卡 (如果其持有社会安全卡) 所示填写其姓名。
- 法定名字:
- 法定姓氏:
- 中间名缩写:  惯用姓名:
- 
- ★ 2. 出生日期: / /  为进行数据匹配, 您在出生时的性别是什么?:  
 男性  女性
- 
3. 性别认同:  男性  女性  跨性别男性 (FTM)  跨性别女性 (MTF)  未列于此  
 非二元性别者/双灵者  拒绝作答  其他:
- 
4. 成员 3 与您 (主要联络人) 的关系:
- 
5. 如果您不是成员 3 的父母或继父母, 您是其主要照顾者吗?  是  否
- 
- ★ 6. 如果成员 3 要申请 OHP 福利, 其持有社会安全号码 (SSN) 吗? 所有申请健康福利并持有社会安全号码的人都必须提供 SSN。如果成员 3 不申请 OHP 福利, 则您可选择是否要向我们提供其 SSN。不过提供 SSN 可以加快申请流程。
- 如果您需要协助取得 SSN, 我们可能可以提供协助。您可致电 **1-800-699-9075** 与我们联络。您也可登录网站 **www.socialsecurity.gov** 或致电 **1-800-772-1213** (听障专线 1-800-325-0778) 与社会安全局联络。
- 您是否要提供成员 3 的 SSN?
- 是, 其 SSN 是:
- 否, 请告诉我们您不提供 SSN 的理由:  已申请 SSN 但尚未收到  新生儿尚没有 SSN  
 持有 SSN 但不知道号码是多少  没有 SSN 但将会提出申请  
 由于宗教理由而没有 SSN  没有要申请福利  
 持有 SSN 但不想提供 (选择这样做将会导致福利遭到拒绝)  其他
- 
7. 成员 3 需要其他格式的书面数据吗?  是, 请在下方标记一项。  否  
 大字版  录音带  盲文版  CD  口头简报
- 
- ★ 8. 成员 3 希望我们使用什么语言:  
与其通信?  与其沟通交谈?
- 
- ★ 9. 成员 3 是否是任何人今年联邦所得税申报表上的受抚养人?  是, 请填写 a-b。  否
- a. 报税者是谁? 名字/姓氏:  出生日期:
- b. 成员 3 与报税者是什么关系?
-

- ★ 10. 成员 3 是否打算针对其在今年所获得的收入申报联邦所得税?  
 是, 请填写 a-b.  否
- a. 成员 3 在所得税申报表上的报税身分是什么?  
 单身  已婚 - 联合报税  已婚 - 分开报税  符合资格的寡妇(鳏夫)  户主
- b. 成员 3 在申报所得税时有任何受抚养人吗?  是, 请在下方列出您的受抚养人。  否  
 如果您已婚(不论是联合报税或分开报税), 您的配偶不得作为您的受抚养人。
- 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- ★ 11. 成员 3 是否要申请 OHP? 如果该人士目前享有 OHP, 其是否想要继续获得福利? 即使其已享有 OHP 或其他健康保险, 其仍可以提出申请。  
 是, 请回答问题 12。  
 否。如果您需要将其他人纳入本申请表中, 请跳到第 16 页。如果您没有需要纳入本申请表中的其他人, 请跳到第 3 步 (第 19 页)。如需更多信息以了解应将哪些人纳入您的申请表中, 请参阅第 5 页。
- ★ 12. 成员 3 是否已登记成为获得联邦认可的部落成员或是阿拉斯加原住民地区联盟的成员?  是  
 否  
 如回答“是”, 请告诉我们部落名称: \_\_\_\_\_
- ★ 13. 成员 3 是否正通过印第安健康服务部、部落健康诊所或都市印第安诊所接受服务?  
 是  否
- ★ 14. 成员 3 的父母或(外)祖父母至少一方是否已登记成为获得联邦认可的部落成员或是阿拉斯加原住民地区联盟或村落的成员?  是  否
- ★ 15. 成员 3 是否是美国公民或国民?  是, 请跳到第 16 页。  否, 请回答问题 16。
- ★ 16. 成员 3 是否已入籍成为公民或具衍生公民身分?  
 是, 请在下方向我们提供相关信息并翻到第 16 页。  否, 请回答问题 17。  
 A#、USCIS# 或公民证书编号: \_\_\_\_\_

## ★ 17. 成员 3 是否具备下列任何一项移民身分?

是, 请填写 a-h.  否, 请回答下方第“h”题。

如果成员 3 具备下列身分, 请回答“是”。

- 合法永久居民 (Lawful Permanent Resident, LPR) • 难民 • 已获得核准或目前待审中的政治避难者
- 假释犯 – 获得假释的期限至少一年 • 假释犯 – 获得假释的期限少于一年
- 以难民或政治避难者的身分获得假释 • 其他移民身分
- 获得核准或待审中的初步证明 (受到家暴的配偶、子女或家人)
- COFA–自由联合协议签约国的公民 (密克罗尼西亚联邦、马绍尔群岛以及帕劳) • 条件式入境
- 古巴/海地入境者或假释犯 • 特殊移民签证持有人 (Special Immigrant Visa, SIV) • 非移民签证持有人
- 人口贩卖受害者或其家人 (T 签证)
- 在加拿大出生的印第安人 (至少有50%为印第安人血统) 或美国印第安部落登记成员
- 亚美尼亚裔越南人 • 签证申请获得核准 — 身分调整申请待审中

a. 移民身分: \_\_\_\_\_

您不一定要在现在回答下方与成员 3 移民文件有关的问题 b-g。但现在就向我们提供这些信息可协助我们更快速地处理其健康保险申请。

b. 此身分获得核准的日期是: \_\_\_\_\_

c. 移民文件类型: \_\_\_\_\_ 绿卡或文件编号: \_\_\_\_\_

d. 文件过期日期: \_\_\_\_\_ A# 或 USCIS#: \_\_\_\_\_

e. 如果成员 3 是合法永久居民 (LPR), 其是否曾经持有下列任何一种身分?

- 难民  政治避难者  亚美尼亚裔越南人  古巴/海地入境者或古巴/海地假释犯  
 以难民或政治避难者的身分获得假释  伊拉克或阿富汗特殊移民  人口贩卖的受害者 (T 签证)

f. 成员 3 是否是在 1996 年 8 月 22 日之前入境美国?  是  否

g. 成员 3、其配偶 (不论在世或已过世) 或父母至少一方是否为美军光荣退役的退伍军人或现役军人?  是  否

★ h. 成员 3 是否曾获得核准可以暂缓递解出境或暂缓驱逐出境?  是  否

## 第2步

## 其他家庭成员 — 成员 4

★ = 必填

- ★ 1. 成员 4 的法定姓名 — 请按照其社会安全卡 (如果其持有社会安全卡) 所示填写其姓名。

法定名字:

法定姓氏:

中间名缩写:  惯用姓名:

- ★ 2. 出生日期:  /  /  为进行数据匹配, 您在出生时的性别是什么?:  
 男性  女性

3. 性别认同:  男性  女性  跨性别男性 (FTM)  跨性别女性 (MTF)  未列于此  
 非二元性别者 / 双灵者  拒绝作答  其他:

4. 成员 4 与您 (主要联络人) 的关系:

5. 如果您不是成员 4 的父母或继父母, 您是其主要照顾者吗?  是  否

- ★ 6. 如果成员 4 要申请 OHP 福利, 其持有社会安全号码 (SSN) 吗? 所有申请健康福利并持有社会安全号码的人都必须提供 SSN。如果成员 4 不申请 OHP 福利, 则您可选择是否要向我们提供其 SSN。不过提供 SSN 可以加快申请流程。

如果您需要协助取得 SSN, 我们可能可以提供协助。您可致电 **1-800-699-9075** 与我们联络。您也可登录网站 **www.socialsecurity.gov** 或致电 **1-800-772-1213** (听障专线 1-800-325-0778) 与社会安全局联络。

您是否要提供成员 4 的 SSN?

是, 其 SSN 是:

否, 请告诉我们您不提供 SSN 的理由:  已申请 SSN 但尚未收到  新生儿尚没有 SSN

持有 SSN 但不知道号码是多少  没有 SSN 但将会提出申请

由于宗教理由而没有 SSN  没有要申请福利

持有 SSN 但不想提供 (选择这样做将会导致福利遭到拒绝)  其他

7. 成员 4 需要其他格式的书面数据吗?  是, 请在下方标记一项。  否

大字版  录音带  盲文版  CD  口头简报

- ★ 8. 成员 4 希望我们使用什么语言:

与其通信?  与其沟通交谈?

- ★ 9. 成员 4 是否是任何人今年联邦所得税申报表上的受抚养人?  是, 请填写 a-b.  否

a. 报税者是谁? 名字 / 姓氏:  出生日期:

b. 成员 4 与报税者是什么关系?

- ★ 10. 成员 4 是否打算针对其在今年所获得的收入申报联邦所得税?  
 是, 请填写 a-b。  否
- a. 成员 4 在所得税申报表上的报税身分是什么?  
 单身  已婚 - 联合报税  已婚 - 分开报税  符合资格的寡妇(鳏夫)  户主
- b. 成员 4 在申报所得税时有任何受抚养人吗?  是, 请在下方列出您的受抚养人。  否  
 如果您已婚(不论是联合报税或分开报税), 您的配偶不得作为您的受抚养人。
- 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- ★ 11. 成员 4 是否要申请 OHP? 如果该人士目前享有 OHP, 其是否想要继续获得福利? 即使其已享有 OHP 或其他健康保险, 其仍可以提出申请。  
 是, 请回答问题 12。  
 否。如果您需要将其他人纳入本申请表中, 请为您纳入的每位额外人士影印一份**第2步**。如果您没有需要纳入本申请表中的其他人, 请跳到**第3步** (第 19 页)。如需更多信息以了解应将哪些人纳入您的申请表中, 请参阅第 5 页。
- ★ 12. 成员 4 是否已登记成为获得联邦认可的部落成员或是阿拉斯加原住民地区联盟的成员?  
 是  否  
 如回答“是”, 请告诉我们部落名称: \_\_\_\_\_
- ★ 13. 成员 4 是否正通过印第安健康服务部、部落健康诊所或都市印第安诊所接受服务?  
 是  否
- ★ 14. 成员 4 的父母或(外)祖父母至少一方是否已登记成为获得联邦认可的部落成员或是阿拉斯加原住民地区联盟或村落的成员?  是  否
- ★ 15. 成员 3 是否是美国公民或国民?  是, 请跳到第 19 页。  否, 请回答问题 16。
- ★ 16. 成员 3 是否已入籍成为公民或具衍生公民身分?  
 是, 请在下方向我们提供相关信息并翻到第1步 3 (第 19 页)。  否, 请回答问题 17。  
 A#、USCIS# 或公民证书编号: \_\_\_\_\_

## ★ 17. 成员 4 是否具备下列任何一项移民身分?

是, 请填写 a-h.  否, 请回答下方第“h”题。

如果成员 4 具备下列身分, 请回答“是”。

- 合法永久居民 (Lawful Permanent Resident, LPR) • 难民 • 已获得核准或目前待审中的政治避难者
- 假释犯 – 获得假释的期限至少一年 • 假释犯 – 获得假释的期限少于一年
- 以难民或政治避难者的身分获得假释 • 其他移民身分
- 获得核准或待审中的初步证明 (受到家暴的配偶、子女或家人)
- COFA–自由联合协议签约国的公民 (密克罗尼西亚联邦、马绍尔群岛以及帕劳) • 条件式入境
- 古巴/海地入境者或假释犯 • 特殊移民签证持有人 (Special Immigrant Visa, SIV) • 非移民签证持有人
- 人口贩卖受害者或其家人 (T 签证)
- 在加拿大出生的印第安人 (至少有50%为印第安人血统) 或美国印第安部落登记成员
- 亚美尼亚裔越南人 • 签证申请获得核准 — 身分调整申请待审中

a. 移民身分: \_\_\_\_\_

您不一定要在现在回答下方与成员 4 移民文件有关的问题 b-g。但现在就向我们提供这些信息可协助我们更快速地处理其健康保险申请。

b. 此身分获得核准的日期是: \_\_\_\_\_

c. 移民文件类型: \_\_\_\_\_ 绿卡或文件编号: \_\_\_\_\_

d. 文件过期日期: \_\_\_\_\_ A# 或 USCIS#: \_\_\_\_\_

e. 如果成员 4 是合法永久居民 (LPR), 其是否曾经持有下列任何一种身分?

- 难民  政治避难者  亚美尼亚裔越南人  古巴/海地入境者或古巴/海地假释犯  
 以难民或政治避难者的身分获得假释  伊拉克或阿富汗特殊移民  人口贩卖的受害者 (T 签证)

f. 成员 4 是否是在 1996 年 8 月 22 日之前入境美国?  是  否

g. 成员 4、其配偶 (不论在世或已过世) 或父母至少一方是否为美军光荣退役的退伍军人或现役军人?  是  否

★ h. 成员 4 是否曾获得核准可以暂缓递解出境或暂缓驱逐出境?  是  否

如果我们为您提供的空位不足够您填写您的信息, 请另纸缮附。请务必在该纸张上注明您的姓名和出生日期。

**重要信息: 寄送证明可协助我们更快速地处理您的信息。** 请参阅“申请指南”以了解应寄送何种类型证明的信息。

★ 1. 您的家庭中是否有任何人:

- 通过雇主获得收入? 请告知我们该人士通过每位雇主所获得的总薪资(扣除税金和扣除额之前)是多少。请务必包含小费及佣金。通过雇主获得收入的部分例子包括: 工资、工读、小费以及由州政府支付费用的居家照护人员。请告知我们该人士通过每项工作所获得的总薪资及小费。
- 通过自雇工作获得收入? 请告知我们每位人士通过自雇工作获得的总收入是多少。总收入是指在扣除费用、开支或其他扣除额之前您所赚取的收入金额。请在问题 3 (第 21 页) 列出自雇工作的费用、开支及其他扣除额。自雇工作的部分例子包括: 自己创业、捐赠血浆、成为独立承包商以及打零工赚钱。

是, 请在下方为我们提供相关信息,  否, 请跳到问题 2。

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 收入来源 — 雇主名称: \_\_\_\_\_  
若为自雇工作, 工作类型: \_\_\_\_\_

c. 请告知我们您的总收入(扣除税金和扣除额之前)以及您多久获得一次此金额的薪酬:

\$ \_\_\_\_\_  每周一次  每个月两次  每个月一次  
 每季一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每年一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每两周一次(每隔周一次)  仅只一次 - 一次性支付  
 其他: \_\_\_\_\_

d. 通过此工作所获得的收入:  是持续性的  是在过去 3 个月内开始的。首次支薪日期: \_\_\_\_\_  
 已经终止或者将会在本月终止。最后支薪日期: \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 收入来源 — 雇主名称: \_\_\_\_\_  
若为自雇工作, 工作类型: \_\_\_\_\_

c. 请告知我们您的总收入(扣除税金和扣除额之前)以及您多久获得一次此金额的薪酬:

\$ \_\_\_\_\_  每周一次  每个月两次  每个月一次  
 每季一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每年一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每两周一次(每隔周一次)  仅只一次 - 一次性支付  
 其他: \_\_\_\_\_

d. 通过此工作所获得的收入:  是持续性的  是在过去 3 个月内开始的。首次支薪日期: \_\_\_\_\_  
 已经终止或者将会在本月终止。最后支薪日期: \_\_\_\_\_

## ★ 2. 您的家庭中是否有任何人通过工作以外的其他来源获得收入？

例如, 失业福利、退休人士或遗眷社会安全福利 (Social Security Benefits, SSB) 或残障人士社会安全保险 (Social Security Disability Insurance, SSDI)、利息或股息、退休金、赡养费或部落福利。请务必在下方的 b 部分告知我们收入的类型。请参阅“申请指南”以查看有关赡养费的特殊说明以及有关其他收入的更多例子。

是, 请在下方为我们提供相关信息,  否, 请跳到问题 3。

**部落收入** — 有些人可通过部落获得收入。某些类型的部落收入不计入 OHP 的申请审查范围内。如果您有通过部落获得收入, 请在“其他收入类型”部分向我们提供有关该收入的详细信息。例如, 您可以填写: 来自赌场的按人给付或来自指定为印第安信托土地的按人给付。如果您知道该收入是以哪项公法为依据, 也请加以注明。我们将会根据您在“其他收入类型”部分所填写的信息来判定您的部落收入是否应计入 OHP 的申请审查范围。

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 其他收入类型: \_\_\_\_\_

c. 请告知我们您所获得的收入金额(扣除税金和扣除额之前)以及您多久获得一次此金额的收入:

\$ \_\_\_\_\_  每周一次  每个月两次  每个月一次  
 每季一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每年一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每两周一次(每隔周一次)  仅只一次 - 一次性支付  
 其他: \_\_\_\_\_

d. 此项收入:  是持续性的  是在过去 3 个月内开始的。首次支薪日期: \_\_\_\_\_

已经终止或者将会在本月终止。最后支薪日期: \_\_\_\_\_

e. 此收入是通过赡养费获得的吗?  是  否

如回答“是”, 请注明您签署离婚协议或分居协议的日期: \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 其他收入类型: \_\_\_\_\_

c. 请告知我们您所获得的收入金额(扣除税金和扣除额之前)以及您多久获得一次此金额的收入:

\$ \_\_\_\_\_  每周一次  每个月两次  每个月一次  
 每季一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每年一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每两周一次(每隔周一次)  仅只一次 - 一次性支付  
 其他: \_\_\_\_\_

d. 此项收入:  是持续性的  是在过去 3 个月内开始的。首次支薪日期: \_\_\_\_\_

已经终止或者将会在本月终止。最后支薪日期: \_\_\_\_\_

e. 此收入是通过赡养费获得的吗?  是  否

如回答“是”, 请注明您签署离婚协议或分居协议的日期: \_\_\_\_\_

★ 3. 您的家庭中是否有任何人有在申报联邦所得税时可以申报为扣除额的开支? 其中包括可以包含在联邦所得税申报表中的自雇工作开支。

我们所认可的扣除额是可以申报在联邦所得税申报表中以用于计算调整后总收入的开支。例如:教育工作者开支、学贷利息以及在报税时可以申报为扣除额的 IRA 供款。即使您没有打算要申报联邦所得税,您也可以将该扣除额告知我们。所得税扣除额可以减少我们计入申请审查范围的收入金额。所得税扣除额和抵税优惠并不相同。请参阅“申请指南”以了解详情。

我们无法回答有关该如何填写报税表的问题。如对报税表、获得认可的扣除额或开支有疑问,请登录网站 **IRS.gov**。您也可以向专业税务人员洽询。

是,请在下方为我们提供相关信息,  否,请跳到问题 4。

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 扣除额类型: \_\_\_\_\_

c. 请告知我们您支付的金额以及您多久支付一次此金额:  
 \$ \_\_\_\_\_  每周一次  每个月两次  每个月一次  
 每季一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每年一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每两周一次(每隔周一次)  仅只一次 - 一次性支付  
 其他: \_\_\_\_\_

d. 此项扣除额:  是持续性的  是在过去 3 个月内开始的。第一次付款日期: \_\_\_\_\_  
 已经终止或者将会在本月终止。最后一次付款日期: \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 扣除额类型: \_\_\_\_\_

c. 请告知我们您支付的金额以及您多久支付一次此金额:  
 \$ \_\_\_\_\_  每周一次  每个月两次  每个月一次  
 每季一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每年一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每两周一次(每隔周一次)  仅只一次 - 一次性支付  
 其他: \_\_\_\_\_

d. 此项扣除额:  是持续性的  是在过去 3 个月内开始的。第一次付款日期: \_\_\_\_\_  
 已经终止或者将会在本月终止。最后一次付款日期: \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 扣除额类型: \_\_\_\_\_

c. 请告知我们您支付的金额以及您多久支付一次此金额:  
 \$ \_\_\_\_\_  每周一次  每个月两次  每个月一次  
 每季一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每年一次。最后一次收到薪酬的日期: \_\_\_\_\_  
 每两周一次(每隔周一次)  仅只一次 - 一次性支付  
 其他: \_\_\_\_\_

d. 此项扣除额:  是持续性的  是在过去 3 个月内开始的。第一次付款日期: \_\_\_\_\_  
 已经终止或者将会在本月终止。最后一次付款日期: \_\_\_\_\_

★ 4. 您是否在问题 1、2 或 3 回答“是”或者您今年是否有任何收入？

是, 请在下方为我们提供相关信息,  否, 请跳到第4步 (第 23 页)。

如果您的收入超出每月收入限制, 我们可能可以使用您的年收入 (每年的) 收入。请在下方告知我们申请表中每位人士的年收入和开支。请确认您告知我们的年收入金额包含本日历年度预计的所有收入和开支。这包括您在今年的所有收入和开支, 即使您已不再做相同的工作。例如, 您在一月份获得一份工作, 但在八月份换工作。年收入金额应同时包含这两份工作的收入。

若有自雇工作的开支, 请将这些开支包含在获得认可的所得税扣除额/开支金额中。

请勿将子女抚养费、退伍军人给付或社会安全生活补助金 (SSI) 包含在您的非劳动所得中。这些收入不计入您的年收入中。

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 请告知我们您的年收入/开支:

劳动所得及自雇工作: \$ \_\_\_\_\_

社会安全福利 (SSB) 或社会安全残障保险 (SSDI): \$ \_\_\_\_\_

其他非劳动所得 (不包含 SSB/SSDI 收入): \$ \_\_\_\_\_

获得认可的所得税扣除额/开支: \$ \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 请告知我们您的年收入/开支:

劳动所得及自雇工作: \$ \_\_\_\_\_

社会安全福利 (SSB) 或社会安全残障保险 (SSDI): \$ \_\_\_\_\_

其他非劳动所得 (不包含 SSB/SSDI 收入): \$ \_\_\_\_\_

获得认可的所得税扣除额/开支: \$ \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 请告知我们您的年收入/开支:

劳动所得及自雇工作: \$ \_\_\_\_\_

社会安全福利 (SSB) 或社会安全残障保险 (SSDI): \$ \_\_\_\_\_

其他非劳动所得 (不包含 SSB/SSDI 收入): \$ \_\_\_\_\_

获得认可的所得税扣除额/开支: \$ \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 请告知我们您的年收入/开支:

劳动所得及自雇工作: \$ \_\_\_\_\_

社会安全福利 (SSB) 或社会安全残障保险 (SSDI): \$ \_\_\_\_\_

其他非劳动所得 (不包含 SSB/SSDI 收入): \$ \_\_\_\_\_

获得认可的所得税扣除额/开支: \$ \_\_\_\_\_

**第4步****有关您家庭的其他问题**

★ = 必填

- ★ 1. 本申请表中的每位人士是否均居住在俄勒冈州? 这包括居住在俄勒冈州以寻找工作。

 是  否, 请在下方列出未居住在俄勒冈州的人士。

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

- ★ 2. 本申请表中是否有任何人和主要联络人(您本人)居住在不同地址?

 是, 请填写以下部分。  否, 请回答问题 3。

## a. 哪位人士居住在不同地址?

名字/姓氏				出生日期	
住家地址(请包含公寓门牌号码)					
城市		州		邮政编码	
郡县		国家			

## 请勾选所有适用选项:

 此人士居住在不同地址, 但此人士列于本申请表中某位人士的报税表中。 此人士暂时离家。原因: 就学  入住看护中心  住院  参加 Jobs Corps  坐牢或遭到监禁 入住小区照护机构  其他: \_\_\_\_\_

- b. 是否还有其他任何人居住在不同地址?
- 
- 是, 请填写以下部分。
- 
- 否, 请回答问题 3。

名字/姓氏				出生日期	
住家地址(请包含公寓门牌号码)					
城市		州		邮政编码	
郡县		国家			

## 请勾选所有适用选项:

 此人士居住在不同地址, 但此人士列于本申请表中某位人士的报税表中。 此人士暂时离家。原因: 就学  入住看护中心  住院  参加 Jobs Corps  坐牢或遭到监禁 入住小区照护机构  其他: \_\_\_\_\_

如果您需要列出更多人士, 请另纸缮附。

- ★ 3. 本申请表中是否有任何人怀孕?
- 
- 是, 请在下方列出您的受抚养人。
- 
- 否

针对“预产期”, 即使您尚未看医生, 也请填写您的最佳预估日期。

名字	姓氏	出生日期	预产期	胎数为几胎? 若不知道请空白不填

## 第4步

### 有关您家庭的其他问题 (续)

★ = 必填

- ★ 4. 在过去 3 个月内, 本申请表中是否有任何人因为孩子出生而妊娠结束或是否有任何流产? 如果您最近刚怀孕, 您可能有资格获得更多保险或其他服务。

是, 请在下方将这些人士列出。  否

名字	姓氏	出生日期	妊娠终止日期

5. 您是否需要逃离虐待或不安全的环境?  是  否

6. 您的伴侣是否通过威胁、吼叫、肢体伤害您或您的孩子等方式让您感到害怕?  是  否

在列于您申请表的人士当中, 只有要申请 OHP 福利的人士才需回答问题 7-15。

- ★ 7. 是否有任何人目前正在坐牢 / 受到监禁, 或者是否有任何人在最近 3 个月内遭到释放?

是, 请在下方列出您的受抚养人。  否

名字	姓氏	出生日期	入狱日期	释放 / 预定释放日期	正在等候起诉判决?
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

- ★ 8. 是否有任何人已年满 18 岁并具备全职高中生身分?  是, 请在下方将这些人士列出。  否

名字 / 姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字 / 姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

- ★ 9. 是否有任何人正在领取社会安全生活补助金 (SSI)? SSI 是一项政府计划, 为年满 65 岁以上、失明或残障的低收入人士提供福利。  是, 请在下方将这些人士列出。  否

名字 / 姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字 / 姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

- ★ 10. 任何人凡申请 OHP 皆必须按规定申请并使用其可能有资格获得的其他福利。以下是其他福利的例子:

- 失业补偿 • 退伍军人福利 • 劳工赔偿 • 年金
- 退休人士、遗眷或残障人士社会安全福利
- 您可获得和解金的无过失人身伤害 (这可能包括在工作期间、在家中或在交通事故中所发生的人身伤害)

- ★ 是否有任何人可能有资格获得上列福利?

是, 请填写下方表格。  否, 请回答问题 11。

名字 / 姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

福利类型: \_\_\_\_\_

此人士是否已申请此项福利或者和解金索赔是否已获得核准?  是  否

名字 / 姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

福利类型: \_\_\_\_\_

此人士是否已申请此项福利或者和解金索赔是否已获得核准?  是  否

★ 11. 是否有任何人失明或永久残障?  是, 请在下方将这些人士列出。  否  
 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 此人士:  失明  永久残障  同时失明且永久残障  
 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 此人士:  失明  永久残障  同时失明且永久残障

★ 12. 是否有任何人在行走、如厕、沐浴或更衣等方面需要协助? 这包括仅因年纪小而需要协助的儿童。  是, 请在下方将这些人士列出。  否  
 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

★ 13. 是否有任何人在年满 18 岁时在俄勒冈州接受寄养? 之前曾接受寄养的青少年可使用 OHP 直到 26 岁为止, 不论其收入为何。  是, 请在下方将这些人士列出。  否  
 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

14. 请告知我们您想为每位人士选择哪一个协调式照护组织 (Coordinated Care Organization, CCO)。CCO 就像是您所在地区的当地健康计划。CCO 可协助您在您所在地区使用 OHP。CCO 有包含医生、咨商师、护士及牙医等在内的医疗服务提供商团体, 可与您共同合作。  
 您不一定要现在就作出选择。然而, 如果您不现在作出选择, 我们将会根据您居住的地点为您选择一个 CCO (除非“申请指南”中的部落例外情况适用于您)。请参阅“申请指南”, 以了解更多有关选择您所在地区 CCO 的信息。

名字	姓氏	出生日期	选择 CCO

## ★ 15. 是否有任何未满 19 岁的人士其父亲或母亲未包含在本申请表中?

是, 请回答下列问题。 否, 请跳到第5步 (第 27 页)。

如果您要为任何未满 19 岁的人士提出申请且其父亲或母亲未包含在本申请表中, 您必须与俄勒冈州子女抚养计划合作。子女抚养计划将会询问您与该孩子之父亲或母亲有关的更详尽信息。

如果您认为这样做对您、您的子女或其他家庭成员不安全, 您不一定要和俄勒冈州的子女抚养计划合作。您可在下方“b”部分告知我们这样做不安全。

a. 父母至少其中一方未列于本申请表中之孩子的名字 / 姓氏:

\_\_\_\_\_ 孩子的出生日期: \_\_\_\_\_

b. 如果子女抚养计划试图确立亲子关系或寻求子女抚养费, 您认为该孩子的父亲或母亲是否可能会伤害您或孩子?  是  否

a. 父母至少其中一方未列于本申请表中之孩子的名字 / 姓氏:

\_\_\_\_\_ 孩子的出生日期: \_\_\_\_\_

b. 如果子女抚养计划试图确立亲子关系或寻求子女抚养费, 您认为该孩子的父亲或母亲是否可能会伤害您或孩子?  是  否

## ★ 1. 您家中正在申请医疗协助的成年人(年满 18 岁)或您的子女是否有:

- 拥有健康保险承保、有机会可以获得健康保险承保或有资格可以获得健康保险承保(包括牙科保险)? (即使您没有要为他们申请保险,也请作答。)即使该人士因为费用、保险质量或其他因素而没有投保,也请标记“是”。如果俄勒冈州健康计划(Oregon Health Plan, OHP)是该人士的唯一保险,请勿标记“是”。
- 拥有在过去 3 个月内终止的健康保险?
- 拥有 Medicare 或有权获得 Medicare?

是,请在下方为我们提供相关信息, 否,请跳到第 6 步(第 29 页)。

## 其他健康保险 1

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 健康保险的类型:  私人保险  雇主提供的保险  COBRA  Medicare  TRICARE  
 Peace Corps  退伍军人医疗保健计划 (VA) 包括 CHAMPVA  退休人士健康计划  由其他州所提供的 Medicaid/儿童健康保险计划 (Children's Health Insurance Program, CHIP)
- c. 计划信息: 健康保险公司名称: \_\_\_\_\_  
 公司地址: \_\_\_\_\_  
 公司电话号码: \_\_\_\_\_  
 保单编号: \_\_\_\_\_ 团体 ID 编号: \_\_\_\_\_  
 保单持有人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 与保单持有人的关系: \_\_\_\_\_
- d. 此人士是否有投保本计划?  是,开始日期: \_\_\_\_\_  否,终止日期: \_\_\_\_\_
- e. 此人士是否无法使用保险?  
 是,原因是:  安全顾虑  距离医疗服务提供商太远  否
- f. 此保险是否是由雇主赞助的健康保险?  
 是,请填写附录 B — 雇主保险(第 45 页)  否
- g. 您的家庭中是否有任何人在过去 3 个月内使用由其他州所提供的 Medicaid?  
 是,哪一州? \_\_\_\_\_ 终止日期或预期终止日期: \_\_\_\_\_  否

## 其他健康保险 2

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 健康保险的类型:  私人保险  雇主提供的保险  COBRA  Medicare  TRICARE  
 Peace Corps  退伍军人医疗保健计划 (VA) (包括 CHAMPVA)  退休人士健康计划  由其他州所提供的 Medicaid/儿童健康保险计划 (CHIP)
- c. 计划信息: 健康保险公司名称: \_\_\_\_\_  
 公司地址: \_\_\_\_\_  
 公司电话号码: \_\_\_\_\_  
 保单编号: \_\_\_\_\_ 团体 ID 编号: \_\_\_\_\_  
 保单持有人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 与保单持有人的关系: \_\_\_\_\_
- d. 此人士是否有投保本计划?  是,开始日期: \_\_\_\_\_  否,终止日期: \_\_\_\_\_
- e. 此人士是否无法使用保险?  
 是,原因是:  安全顾虑  距离医疗服务提供商太远  否
- f. 此保险是否是由雇主赞助的健康保险?  
 是,请填写附录 B — 雇主保险(第 45 页)  否
- g. 您的家庭中是否有任何人在过去 3 个月内使用由其他州所提供的 Medicaid?  
 是,哪一州? \_\_\_\_\_ 终止日期或预期终止日期: \_\_\_\_\_  否

## 其他健康保险 3

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 健康保险的类型:  私人保险  雇主提供的保险  COBRA  Medicare  TRICARE  
 Peace Corps  退伍军人医疗保健计划 (VA) (包括 CHAMPVA)  退休人士健康计划  由其他州所提供的 Medicaid/儿童健康保险计划 (CHIP)
- c. 计划信息: 健康保险公司名称: \_\_\_\_\_  
 公司地址: \_\_\_\_\_  
 公司电话号码: \_\_\_\_\_  
 保单编号: \_\_\_\_\_ 团体 ID 编号: \_\_\_\_\_  
 保单持有人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 与保单持有人的关系: \_\_\_\_\_
- d. 此人士是否有投保本计划?  是, 开始日期: \_\_\_\_\_  否, 终止日期: \_\_\_\_\_
- e. 此人士是否无法使用保险?  
 是, 原因是:  安全顾虑  距离医疗服务提供商太远  否
- f. 此保险是否是由雇主赞助的健康保险?  
 是, 请填写附录 B — 雇主保险 (第 45 页)  否
- g. 您的家庭中是否有任何人在过去 3 个月内使用由其他州所提供的 Medicaid?  
 是, 哪一州? \_\_\_\_\_ 终止日期或预期终止日期: \_\_\_\_\_  否

## 其他健康保险 4

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 健康保险的类型:  私人保险  由雇主提供的保险  COBRA  Medicare  TRICARE  
 Peace Corps  退伍军人医疗保健计划 (VA) (包括 CHAMPVA)  退休人士健康计划  由其他州所提供的 Medicaid/儿童健康保险计划 (CHIP)
- c. 计划信息: 健康保险公司名称: \_\_\_\_\_  
 公司地址: \_\_\_\_\_  
 公司电话号码: \_\_\_\_\_  
 保单编号: \_\_\_\_\_ 团体 ID 编号: \_\_\_\_\_  
 保单持有人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 与保单持有人的关系: \_\_\_\_\_
- d. 此人士是否有投保本计划?  是, 开始日期: \_\_\_\_\_  否, 终止日期: \_\_\_\_\_
- e. 此人士是否无法使用保险?  
 是, 原因是:  安全顾虑  距离医疗服务提供商太远  否
- f. 此保险是否是由雇主赞助的健康保险?  
 是, 请填写附录 B — 雇主保险 (第 45 页)  否
- g. 您的家庭中是否有任何人在过去 3 个月内使用由其他州所提供的 Medicaid?  
 是, 哪一州? \_\_\_\_\_ 终止日期或预期终止日期: \_\_\_\_\_  否

## 第6步

## 人口统计问题以协助我们更妥善地为您提供服务 — 选填

这些问题为选填。回答这些问题并不会对您的健康保险资格造成影响。我们询问这些问题的目的是为了协助我们保证所有会员均能获得最高质量的照护以及最优质的服务。我们也利用这些信息来因应不同的照护需求。请针对要申请 OHP 福利的所有人士回答下列人口统计问题(选填)。如果您不想回答这些问题,请选择“拒绝作答”。

成员 1 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

### 1. 该人士是否需要口语译员?

是, 请回答下文 a-b。  否  不知道  拒绝回答

a. 如果可以, 能流利运用您的语言的 DHS/OHA 雇员是否能满足您的需求?  是  否

b. 请提供有关该人士口语译员需求的更多信息:

### 2. 该人士是否需手语译员或手语听打员?

是, 请回答下文 a-c。  否  不知道  拒绝回答

a. 请告诉我们您需要的手语翻译或手语听打类型的更多信息:

美国手语 (ASL)  混合手势英语 (PSE)  手势精确英语 (SEE)

CART/手语听打  辅助听力设备 (FM、Loop)  手语译员其他类型

触觉 (聋盲人)

b. 请告诉我们该人士需要的手语翻译或手语听打类型的更多信息:

c. 如果可以, 能运用您的首选翻译或听打类型的 DHS/OHA 雇员 是否能满足您的需求?

是  否

### 3. 此人士的英文口语能力如何? 非常流利 流利 不流利 不知道 拒绝作答

### 4. 此人士是否失聪或者有严重的听力障碍?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

### 5. 此人士是否失明或者即使戴眼镜仍有严重的视力障碍?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

### 6. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否因为身体、心理或情绪方面的病症而在注意力、记忆力、理解力或决策力方面有严重的问题?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

### 7. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否在行走或爬楼梯方面有严重的问题?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

### 8. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否无法自己更衣或沐浴?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

### 9. 如果此人士已年满 15 岁以上, 其是否无法自己处理杂事? 例子包括前往医生的诊所就诊或购物。这是否是因为身体、心理或情绪方面的病症所导致?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

### 10. 此人士是否因为身体、心理或情绪方面的问题而在从事任何活动时受到任何限制?

是  否  不知道  拒绝作答

### 11. 此人士认为自己的种族、族裔、部落、原国籍或祖籍是什么?

## 第6步

## 人口统计问题以协助我们更妥善地为您提供服务 — 选填

成员 1 (续上页)。

12. 成员 1 认为自己是什么族裔或种族? 请勾选所有适用选项。

- 美国印第安人或阿拉斯加原住民:**  美国印第安人  阿拉斯加原住民  加拿大因纽特人、梅蒂人或第一民族  
 墨西哥、中美洲或南美洲原住民
- 亚裔:**  华人  越南人  韩国人  苗族  寮国人  菲律宾人  
 日本人  南亚人  亚裔印第安人  其他亚洲人
- 黑人或非裔美国人:**  非裔美国人  非洲人(黑人)  
 加勒比海人  其他黑人
- 西语裔或拉丁语裔人:**  墨西哥人  中美洲人  南美洲人  其他西语裔或拉丁语裔
- 夏威夷原住民或太平洋岛民:**  夏威夷原住民  关岛人或查摩洛人  萨摩亚人  
 密克罗尼西亚人  汤加人  其他太平洋岛民
- 白人:**  西欧人  东欧人  斯拉夫人  中东人  
 北非人  其他白人
- 其他:** \_\_\_\_\_  不知道  拒绝作答

如果选择超过一项以上的族裔或种族认同, 请将最能代表此人士主要身分的选项圈起来。

## 第6步

## 人口统计问题以协助我们更妥善地为您提供服务 — 选填

成员 2 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

### 1. 该人士是否需要口语译员?

是, 请回答下文 a-b。  否  不知道  拒绝回答

a. 如果可以, 能流利运用您的语言的 DHS/OHA 雇员是否能满足您的需求?  是  否

b. 请提供有关该人士口语译员需求的更多信息:

---

### 2. 该人士是否需手语译员或手语听打员?

是, 请回答下文 a-c。  否  不知道  拒绝回答

a. 请告诉我们您需要的手语翻译或手语听打类型的更多信息:

美国手语 (ASL)  混合手势英语 (PSE)  手势精确英语 (SEE)

CART/手语听打  辅助听力设备 (FM、Loop)  手语译员其他类型

触觉 (聋盲人)

b. 请告诉我们该人士需要的手语翻译或手语听打类型的更多信息:

---

c. 如果可以, 能运用您的首选翻译或听打类型的 DHS/OHA 雇员 是否能满足您的需求?

是  否

---

### 3. 此人士的英文口语能力如何? 非常流利 流利 不流利 不知道 拒绝作答

---

### 4. 此人士是否失聪或者有严重的听力障碍?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 5. 此人士是否失明或者即使戴眼镜仍有严重的视力障碍?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 6. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否因为身体、心理或情绪方面的病症而在注意力、记忆力、理解力或决策力方面有严重的问题?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 7. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否在行走或爬楼梯方面有严重的问题?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 8. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否无法自己更衣或沐浴?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 9. 如果此人士已年满 15 岁以上, 其是否无法自己处理杂事? 例子包括前往医生的诊所就诊或购物。这是否是因为身体、心理或情绪方面的病症所导致?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 10. 此人士是否因为身体、心理或情绪方面的问题而在从事任何活动时受到任何限制?

是  否  不知道  拒绝作答

---

### 11. 此人士认为自己的种族、族裔、部落、原国籍或祖籍是什么?

---

## 第6步

## 人口统计问题以协助我们更妥善地为您提供服务 — 选填

成员 2 (续上页)。

12. 此人士认为自己是什么族裔或种族? 请勾选所有适用选项。

**美国印第安人或阿拉斯加原住民:**  美国印第安人  阿拉斯加原住民  加拿大因纽特人、梅蒂人或第一民族  
 墨西哥、中美洲或南美洲原住民

**亚裔:**  华人  越南人  韩国人  苗族  寮国人  菲律宾人  
 日本人  南亚人  亚裔印第安人  其他亚洲人

**黑人或非裔美国人:**  非裔美国人  非洲人 (黑人)  
 加勒比海人  其他黑人

**西语裔或拉丁语裔人:**  墨西哥人  中美洲人  南美洲人  其他西语裔或拉丁语裔

**夏威夷原住民或太平洋岛民:**  夏威夷原住民  关岛人或查摩洛人  萨摩亚人  
 密克罗尼西亚人  汤加人  其他太平洋岛民

**白人:**  西欧人  东欧人  斯拉夫人  中东人  
 北非人  其他白人

**其他:** \_\_\_\_\_  不知道  拒绝作答

如果选择超过一项以上的族裔或种族认同, 请将最能代表此人士主要身分的选项圈起来。

## 第6步

## 人口统计问题以协助我们更妥善地为您提供服务 — 选填

成员 3 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

### 1. 该人士是否需要口语译员?

是, 请回答下文 a-b。  否  不知道  拒绝回答

a. 如果可以, 能流利运用您的语言的 DHS/OHA 雇员是否能满足您的需求?  是  否

b. 请提供有关该人士口语译员需求的更多信息:

---

### 2. 该人士是否需手语译员或手语听打员?

是, 请回答下文 a-c。  否  不知道  拒绝回答

a. 请告诉我们您需要的手语翻译或手语听打类型的更多信息:

美国手语 (ASL)  混合手势英语 (PSE)  手势精确英语 (SEE)

CART/手语听打  辅助听力设备 (FM、Loop)  手语译员其他类型

触觉 (聋盲人)

b. 请告诉我们该人士需要的手语翻译或手语听打类型的更多信息:

---

c. 如果可以, 能运用您的首选翻译或听打类型的 DHS/OHA 雇员 是否能满足您的需求?

是  否

---

### 3. 此人士的英文口语能力如何? 非常流利 流利 不流利 不知道 拒绝作答

---

### 4. 此人士是否失聪或者有严重的听力障碍?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 5. 此人士是否失明或者即使戴眼镜仍有严重的视力障碍?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 6. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否因为身体、心理或情绪方面的病症而在注意力、记忆力、理解力或决策力方面有严重的问题?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 7. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否在行走或爬楼梯方面有严重的问题?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 8. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否无法自己更衣或沐浴?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 9. 如果此人士已年满 15 岁以上, 其是否无法自己处理杂事? 例子包括前往医生的诊所就诊或购物。这是否是因为身体、心理或情绪方面的病症所导致?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 10. 此人士是否因为身体、心理或情绪方面的问题而在从事任何活动时受到任何限制?

是  否  不知道  拒绝作答

---

### 11. 此人士认为自己的种族、族裔、部落、原国籍或祖籍是什么?

---

## 第6步

## 人口统计问题以协助我们更妥善地为您提供服务 — 选填

成员 3 (续上页)。

12. 此人士认为自己是什么族裔或种族? 请勾选所有适用选项。

美国印第安人或阿拉斯加原住民:  美国印第安人  阿拉斯加原住民  加拿大因纽特人、梅蒂人或第一民族  墨西哥、中美洲或南美洲原住民

亚裔:  华人  越南人  韩国人  苗族  寮国人  菲律宾人  日本人  南亚人  亚裔印第安人  其他亚洲人

黑人或非裔美国人:  非裔美国人  非洲人(黑人)  加勒比海人  其他黑人

西语裔或拉丁语裔人:  墨西哥人  中美洲人  南美洲人  其他西语裔或拉丁语裔

夏威夷原住民或太平洋岛民:  夏威夷原住民  关岛人或查摩洛人  萨摩亚人  密克罗尼西亚人  汤加人  其他太平洋岛民

白人:  西欧人  东欧人  斯拉夫人  中东人  北非人  其他白人

其他: \_\_\_\_\_  不知道  拒绝作答

如果选择超过一项以上的族裔或种族认同, 请将最能代表此人士主要身分的选项圈起来。

## 第6步

## 人口统计问题以协助我们更妥善地为您提供服务 — 选填

成员 4 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

### 1. 该人士是否需要口语译员?

是, 请回答下文 a-b。  否  不知道  拒绝回答

a. 如果可以, 能流利运用您的语言的 DHS/OHA 雇员是否能满足您的需求?  是  否

b. 请提供有关该人士口语译员需求的更多信息:

---

### 2. 该人士是否需手语译员或手语听打员?

是, 请回答下文 a-c。  否  不知道  拒绝回答

a. 请告诉我们您需要的手语翻译或手语听打类型的更多信息:

美国手语 (ASL)  混合手势英语 (PSE)  手势精确英语 (SEE)

CART/手语听打  辅助听力设备 (FM、Loop)  手语译员其他类型

触觉 (聋盲人)

b. 请告诉我们该人士需要的手语翻译或手语听打类型的更多信息:

---

c. 如果可以, 能运用您的首选翻译或听打类型的 DHS/OHA 雇员 是否能满足您的需求?

是  否

---

### 3. 此人士的英文口语能力如何? 非常流利 流利 不流利 不知道 拒绝作答

---

### 4. 此人士是否失聪或者有严重的听力障碍?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 5. 此人士是否失明或者即使戴眼镜仍有严重的视力障碍?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 6. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否因为身体、心理或情绪方面的病症而在注意力、记忆力、理解力或决策力方面有严重的问题?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 7. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否在行走或爬楼梯方面有严重的问题?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 8. 如果此人士已年满 5 岁以上, 其是否无法自己更衣或沐浴?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 9. 如果此人士已年满 15 岁以上, 其是否无法自己处理杂事? 例子包括前往医生的诊所就诊或购物。这是否是因为身体、心理或情绪方面的病症所导致?

是, 该情况是从几岁开始的? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝作答

---

### 10. 此人士是否因为身体、心理或情绪方面的问题而在从事任何活动时受到任何限制?

是  否  不知道  拒绝作答

---

### 11. 此人士认为自己的种族、族裔、部落、原国籍或祖籍是什么?

---

成员 4 (续上页)。

12. 此人士认为自己是什么族裔或种族? 请勾选所有适用选项。

美国印第安人或阿拉斯加原住民:  美国印第安人  阿拉斯加原住民  加拿大因纽特人、梅蒂人或第一民族  
 墨西哥、中美洲或南美洲原住民

亚裔:  华人  越南人  韩国人  苗族  寮国人  菲律宾人  
 日本人  南亚人  亚裔印第安人  其他亚洲人

黑人或非裔美国人:  非裔美国人  非洲人(黑人)  
 加勒比海人  其他黑人

西语裔或拉丁语裔人:  墨西哥人  中美洲人  南美洲人  其他西语裔或拉丁语裔

夏威夷原住民或太平洋岛民:  夏威夷原住民  关岛人或查摩洛人  萨摩亚人  
 密克罗尼西亚人  汤加人  其他太平洋岛民

白人:  西欧人  东欧人  斯拉夫人  中东人  
 北非人  其他白人

其他: \_\_\_\_\_  不知道  拒绝作答

如果选择超过一项以上的族裔或种族认同, 请将最能代表此人士主要身分的选项圈起来。

您可自行选择是否要回答这些问题。您的答案将不会影响您的福利判决。

1. 如果您尚未在您现在居住的地区注册投票, 您今天想要申请注册投票吗? 申请注册投票或拒绝注册投票将不会影响本机构为您提供补助的金额。

是  否

如果您认为有人侵犯您注册投票或拒绝注册投票的权利、侵犯您决定是否要注册投票或申请注册投票的隐私权, 或侵犯您选择自己政党或其他政治偏好的权利, 您可致电 503-986-1518 或寄送电子邮件至 [elections.sos@state.or.us](mailto:elections.sos@state.or.us) 以向俄勒冈州国务卿提出投诉。

2. 您的家庭中是否有任何成员目前在军中服役或曾经在军中服役?  是, 请在下方将这些人士列出。 否

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

如回答“是”, 此人士是否希望接获退伍军人事务部的联络, 以了解其可能可以获得的资源?

是  否

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

如回答“是”, 此人士是否希望接获退伍军人事务部的联络, 以了解其可能可以获得的资源?

是  否

## 您的权利和责任

本部分的信息旨在为您说明您的权利与责任。您的“权利”是指俄勒冈州公众服务部 (DHS) 及俄勒冈州卫生监管机关 (OHA) 同意为您提供服务。您的“责任”是指当您申请医疗补助时, 您同意完成的事项。

请仔细阅读这些信息。您可以要求 DHS 的工作人员向您解释这些信息。如果您有不了解的信息, 敬请提问。您可致电 **1-800-699-9075** (听障专线 711) 询问问题。当您通过 DHS 或 OHA 取得福利时, 您 (及您的家人) 同意完成一些事项。如果您取得福利超过您所应得的福利, 您可能会丧失这些福利或者您必须将福利费用偿还给 DHS 或 OHA。

“申请指南”中有更多与您权利和责任有关的信息。“申请指南”随附于寄送本申请表的信封当中。您也可以在线找到“申请指南”:<http://bit.ly/ohpguide>。您还可以致电 **1-800-699-9075** (听障专线 711) 以索取一份“申请指南”。

### 您的权利 (您可以期许 DHS 和 OHA 将会为您提供服务) :

- DHS 和 OHA 将会以尊重的态度以及公平且礼貌的方式对待您。
- 对于您告知 DHS 和 OHA 的信息, 我们将会保密。您可以在本申请表的附录 C 检阅我们的“隐私权条例通知”。
- 您可在提出申请、填写表格或通报变更时寻求以您惯用语言提供的协助。
- DHS 和 OHA 将会以您能够使用的格式或能够了解的语言为您提供信息。
- 如果您是残障人士, DHS 和 OHA 将会尽力满足您的特殊需求。DHS 和 OHA 遵守《美国残障人士法案》(Americans with Disabilities Act) 以及《康复法案》(Rehabilitation Act) 第 504 节的规定。
- **您的听证权利:**
  - » 如果您不同意 OHA 或 DHS 针对您健康保险资格所作的决定, 您有权申请听证会。
  - » 如果您没有在 45 天内收到我们的决定通知, 您可以申请听证会。
  - » 您有权选择一名授权代表在听证会进行期间代表您。
  - » 您可通过书面方式或致电 1-800-699-9075 (听障专线 711) 申请听证会。
  - » 您将会 (通过邮件或电子邮件) 收到一份资格通知, 如果您想举行听证会, 您必须在资格通知上所示日期起的 90 天内提出申请。即使您与我们联络, 您申请听证会的截止期限也不会改变。
  - » 如果您有接受居家和小区照护或看护中心照护, 则您没有权针对遗产追讨要求申请听证会。请参阅“申请指南”中的“遗产追讨”部分, 以了解更多有关遗产追讨计划的信息。

### 您的责任 (您必须完成的事项) :

#### 您必须:

- 向 DHS 和 OHA 提供真实、正确且完整的信息。
- 针对您所通报的部分事项提供证明。如果您无法取得证明, 您必须在必要时准许我们与其他人或机构联络以索取证明。
- 准许 DHS 和 OHA 的工作人员至您府上进行访视, 以取得与您个案有关的信息。
- 向 DHS 和 OHA 通报变更。
- 如果您的个案获选必须接受审查, 您必须协助 DHS 和 OHA 取得证明。我们将会随机抽选个案接受审查。
- 授权司法部的子女抚养分部向 DHS 和 OHA 公开您的子女抚养记录, 除非您有正当理由拒绝授权。
- 申请并使用您有资格获得的特定福利或补助金。您可在“申请指南”中找到这些福利或补助金的例子。
- 针对您在本申请表中所提供的信息通报特定变更。在福利获得核准后, 通知将会告诉您必须通报的内容和时间。请在“申请指南”中阅读有关通报变更的进一步信息。

- 如果您拥有其他健康保险,您必须在接受照护之前告知医疗服务提供商(医生、诊所、药房或医院)。请参阅“申请指南”以了解详情。
- 如果您或您家中任何人发生以下情况,您必须在10天内向人身伤害留置权处理单位进行通报:
  - » 取得医疗补助或俄勒冈州健康计划(OHP)福利;以及
  - » 针对导致伤害的责任方提出索赔。
- 自动授予DHS和OHA权利,让其取得根据法律规定需负责支付您任何医疗费用的其他人士所支付的款项。此规定适用于通过DHS或OHA获得健康保险的所有人士。这称为“转让给付”给DHS或OHA和CCO。请在“申请指南”中阅读更多有关转让给付的信息。

## 额外信息

### 社会安全号码(SSN)的使用

根据联邦法律和法规的规定,任何人凡申请医疗福利,皆必须提供SSN(若有):联邦法律-42 USC 1320b-7(a)、7 USC 2011-2036、42 CFR 435.910、42 CFR 435.920、42 CFR 457.340(b)。在申请表上填写您的SSN即代表您允许俄勒冈州卫生监管机关(OHA)或公众服务部(DHS)使用您的社会安全号码并基于下列理由将您的社会安全号码告知他人:

- DHS和OHA将会使用您的SSN来协助判定您是否符合福利资格。我们会将您的SSN用于下列用途:
  - » 验证您的收入
  - » 验证其他资产
  - » 与其他州政府及联邦政府记录进行比对,例如下列单位:
    - 国税局(Internal Revenue Service, IRS)
    - Medicaid
    - 子女抚养服务处
    - 社会安全局
    - 失业保险福利
    - 其他公共补助计划。
- 若您申请或领取福利的计划要求DHS和OHA提供信息或报告,DHS和OHA可能会使用您的社会安全号码来准备搜集信息或报告。
- DHS和OHA可基于下列理由使用或揭露您的SSN:
  - » 如果我们需要您的社会安全号码来营运您所申请或领取福利的计划。
  - » 进行质量评估和改善活动。
  - » 确认给付金额正确并追讨超额给付的福利。
  - » 确认没有人通过一个以上的家庭领取福利。

如果有人没有SSN并想提出申请,请登录网站 [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) 以了解如何申请SSN的信息。

### 收入与资产验证

您在本表格中所提供的收入与资产相关信息将需接受联邦政府、州政府及地方政府官员的审查和验证。当我们在确认您的医疗补助资格时,DHS和OHA会使用下列工具:

- 联邦资料服务中心(Federal Data Services Hub, FDSH)
- 收入和资格验证系统(Income and Eligibility Verification System, IEVS)
- 资产验证系统(Asset Verification System, AVS)

如需更多有关收入和资产验证的信息,请参阅“申请指南”。

## 子女抚养计划

在您获得健康保险后,如果您有子女且您子女的父亲或母亲未与你们同住,您可能必须与州政府的子女抚养计划合作。此规定有一些例外情况,但前提是您必须有正当理由。请参阅“申请指南”,以了解更多有关与子女抚养计划合作以及正当理由的信息。

## 遗产追讨计划

任何人只要有接受长期照护服务,DHS 或 OHA 便可能会在其过世之后,通过其遗产追讨款项,以用于支付其所获得的服务与支持。遗产追讨规定有许多例外情况。请参阅“申请指南”中的“遗产追讨”一节,以了解更多信息。

## 转让资产的罚则

如果您以低于资产的价值转让资产,您可能会丧失获得某些健康保险的资格。我们所谓的转让资产是指您将资产赠与或出售给他人。如需更多与转让资产有关的罚则信息,请参阅“申请指南”。

## 反歧视政策

公众服务部(DHS)和俄勒冈州卫生监管机关(OHA)不会歧视任何人。换言之,DHS和OHA将会协助所有符合资格的人士。DHS和OHA将不会因为下列任何理由而对任何人有差别待遇:

- 年龄
- 原国籍
- 残障
- 种族
- 性别
- 性取向\*
- 肤色
- 宗教
- 婚姻状态

如果您认为 DHS 或 OHA 因上述任何原因而对您有差别待遇,您可以提出投诉。若要提出投诉,您可致电或写信给州长的权益维护办公室:

Governor's Advocacy Office

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

503-945-6904

1-800-442-5238、听障专线 711

电子邮件:DHS.info@dhsaha.state.or.us

法律规定人人均应享有平等机会!

我们与美国农业部(U.S. Department of Agriculture, USDA)及美国卫生与公众服务部(Health & Human Services, HHS)合作。上述两个机构均是提供平等机会的服务提供商与雇主。我们可应要求为残障人士提供辅助及服务。

如欲向 USDA 和 HHS 提出投诉,请阅读“Client Discrimination Complaint Information”(客户歧视投诉信息)表格(DHS 9001,网址 <https://apps.state.or.us/forms/served/de9001.pdf>)。

\*性取向受到州法律的保护,但不受联邦法律的保护。

## 签署本申请表即代表本人同意下列声明:

- 本人是在了解作伪证之处罚的情况下签署本申请表。换言之, 本人已就本人所知, 针对本表格上的所有问题提供真实、正确且完整的答案。本人了解, 根据联邦法律规定, 如果本人提供错误和/或不实信息, 本人可能会受到处罚和/或必须为超额给付负责。
- 本人了解并同意本申请表及“申请指南”中所说明的权利与责任。
- 本人了解并同意本申请表中“请阅读并签名”部分(第8步)以及“申请指南”中“请阅读并签名”部分所述的信息。
- 本人已阅读并同意附录 C 中的 OHA 隐私权条例通知表。
- DHS 和 OHA 可以审查本人的个案。这可能包括 DHS 前来本人的家中进行访视。
- DHS 和 OHA 将会使用州政府和联邦政府的计算机数据库及系统来确认本人在本表格中所提供的信息。
- DHS 和 OHA 可能会将本表格中的信息提供给:
  - » 进行审查的联邦政府机构及州政府机构。
  - » 如果本人必须将福利费用偿还给 DHS 或 OHA, DHS 或 OHA 可将本申请表中的信息交给联邦政府机构和州政府机构以及私人催帐机构。
- DHS 和 OHA 可使用本人的信息来执行本人通过 DHS 或 OHA 所获得的其他公共援助计划。
- 本人确认本人已获得本人家庭中所有人的同意, 得以向我们提交其信息并收受与其资格和投保有关的沟通信息。

### 声明和签名

在本表格上签名即代表本人确认:

- 本人已阅读并了解上方“请阅读并签名”部分以及“申请指南”(OHP 9025 表格)中“请阅读并签名”部分所述的信息。
- 如果您是授权代表, 您可在此处签名, 但条件是您和申请人必须填写并签署授权代表委任表 (<http://bit.ly/authrep5>)。

正楷姓名 ★	签名 ★	今天日期 (月月/日日/年年年年) ★
-----------	---------	---------------------------

您家庭中正在申请福利的任何人士是否：

- 正在使用 Medicare 或有资格使用 Medicare
  - 年满 65 岁以上
  - 申请长期照护服务
- 是  否

如回答“是”，我们可能需审查其是否因年龄、失明或残障而符合计划资格。如果我们要审查这些计划，我们将需要本附录中的信息。您不一定要现在就回答这些问题，但现在回答可能可以加速申请流程。

1. 请告知我们您及您家庭成员的资产。可能的资产包括：手边现金、由其他人代您保管的现金、支票账户、储蓄账户、股票、债券、保险箱内的现金、买卖合同、房地产资金、退休资金、定存、个人存款／紧急预备金、证券、信托账户及年金账户和信托资金。

资产	地点及账号	该资产是列于谁的名下？	金额或价值
			\$
			\$
			\$
			\$

2. 您家中是否有任何人拥有车辆？包括汽车、卡车、摩托车、船只、露营车、其他机动车辆、拖车、农场或商用设备。 是  否

项目 (厂牌／型号／年份)	所有人	目前价值	积欠金额
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

3. 您家中是否有任何人拥有任何不动产？不动产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，请在下方列出。如有多项不动产，请影印本页以列出更多不动产。
- 否

不动产的类型：							
不动产的街道地址：							
城市：			州：		邮政编码：		郡县：
a. 目前价值：		积欠金额：		每月费用：			
b. 房屋税 (除非已包含在每月费用当中)：							
c. 火灾险：(除非已包含在每月费用当中)：							
d. 所有人：							
e. 不动产的用途 (商用、度假屋、出租等)：							
f. 此不动产是否有终身产权？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							

4. **不动产转让:**您或其他申请人在过去 60 个月 (5 年)内是否曾出售、交易、赠与或转让 (包括转入信托或从信托转出) 下列任何项目:个人物品、现金、不动产 (土地、房屋或终身产权) 或房屋净值贷款的所得款?

是, 请在下方为我们提供相关信息,  否

不动产说明	转让日期	转让时的价值	收到金额	尚积欠您的金额	每个月收到金额
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

上列是否有任何不动产转让是由于离婚而导致的?  是  否

如果是转入信托或从信托转出, 该信托是否可以撤销?  是  否

律师姓名: \_\_\_\_\_ 电话号码: \_\_\_\_\_

5. **您的家庭中是否有任何人拥有预付型的丧葬或葬仪协议?**  是  否

拥有预付型丧葬协议之人士的名字和姓氏: \_\_\_\_\_

殡仪馆和地点: \_\_\_\_\_

该葬仪/丧葬计划目前的价值是多少? \$ \_\_\_\_\_

此预付型丧葬协议的资金来源为何?

丧葬保险  不可撤销的信托  持照葬仪服务提供商  可撤销的信托  丧葬资金

拥有预付型丧葬协议之人士的名字和姓氏: \_\_\_\_\_

殡仪馆和地点: \_\_\_\_\_

该葬仪/丧葬计划目前的价值是多少? \$ \_\_\_\_\_

此预付型丧葬协议的资金来源为何?

丧葬保险  不可撤销的信托  持照葬仪服务提供商  可撤销的信托  丧葬资金

6. **您的家庭中是否有任何人拥有人寿保险或丧葬保险保单?**  是  否

受保人的名字和姓氏: \_\_\_\_\_

保险类型 (终身人寿险、定期人寿险、丧葬险): \_\_\_\_\_

此保险计划的面值是多少? \$ \_\_\_\_\_

受保人的名字和姓氏: \_\_\_\_\_

保险类型 (终身人寿险、定期人寿险、丧葬险): \_\_\_\_\_

此保险计划的面值是多少? \$ \_\_\_\_\_

7. 您或您家中是否有任何人需支付住房费用?  是  否

a. 如回答“是”，总费用: \$ \_\_\_\_\_

- 您需支付多少费用? \$ \_\_\_\_\_
- 还有哪些其他人需负责支付费用? \_\_\_\_\_ 该人士支付的费用金额是多少? \$ \_\_\_\_\_

b. 此费用是否包含任何基础设施费?

是, 请告诉我们未包含在上述金额中的公用事业费。  否

水费和污水处理费: \$ \_\_\_\_\_  垃圾费: \$ \_\_\_\_\_  电费: \$ \_\_\_\_\_

瓦斯费: \$ \_\_\_\_\_  其他基础设施: \_\_\_\_\_ 金额: \$ \_\_\_\_\_

c. 除了住房费用之外, 您是否需负责支付冷暖气费用?  是  否

d. 您的家庭中是否有任何人需负责为您的住处支付任何基础设施费?  是  否

付费人士	基础设施	频率	金额
			\$
			\$
			\$
			\$

8. 您的家庭中是否有任何人需负责支付医疗费用? 您不一定要将您的医疗费用告诉我们, 但告诉我们您的医疗费用可能可以减少您需支付的长期照护服务费用。一些例子包括处方药费用、健康保险保费、共付额等。  是, 请在下方为我们提供相关信息,  否

付费人士	费用类型	频率	金额
			\$
			\$
			\$
			\$

9. 如果我们根据年龄、失明或残障情况来审核长期护理或医疗计划, 我们将对任何须向我们告知其资源的人士核查资产核实系统 (AVS)。您需要授予我们如此操作的许可。您可以填妥本申请随附的表格 MSC 2639 并签名, 以同意向我们授予许可。表格以绿色纸印刷, 表格标题为“电子核实资源授权”。您不必立即签名并交回表格, 但您这样做能帮助您加快申请流程。您是否填写本申请随附的绿色表格 (MSC 2639)?  是  否

您可自行选择是否要填写本表格,且填写与否均不会对您的福利判决造成影响。请为有提供健康保险的每位雇主填写下列信息。本页是一项工具,您可以将本页提供给您的雇主,以协助您回答与其提供之保险有关的问题。

**1. 这是哪位人士的雇主?**

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

**2. 雇主信息:**

a. 雇主名称: \_\_\_\_\_

**b. 雇主办公室中负责处理本健康保险相关问题的联络人姓名:**

姓名: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_ 分机: \_\_\_\_\_ 电子邮件: \_\_\_\_\_

**3. 此雇主今年是否将会提供健康保险?  是  否**

**4. 此申请人需要支付多少保费才能投保费用最低、符合最低价值标准\*且仅提供给员工使用的计划(不包括家庭计划)? 如果雇主有提供保健计划,请列出员工需支付多少保费才能获得戒烟计划的最高折扣,不过其他保健计划将无折扣。**

保费金额: \$ \_\_\_\_\_  我不知道

频率:  每周一次  每隔周一次  每个月一次  每个月两次  其他: \_\_\_\_\_

**5. 此人士目前是否有投保本健康保险?  是  否**

**6. 此雇主是否有为配偶/受抚养人提供保险?  是  否**

**7. 此保险在明年是否会有变更?**

是,请告知我们有哪些变更。  否  我不知道此雇主是否会变更健康保险

雇主将不再提供保险

雇主将会调整保费。若要投保费用最低、符合最低价值标准\*且仅提供给员工使用的计划(不包括家庭计划),需支付的保费将为:

保费金额: \$ \_\_\_\_\_  我不知道

频率:  每周一次  每隔周一次  每个月一次  每个月两次  其他: \_\_\_\_\_

此变更的生效日期是在何时? \_\_\_\_\_  我不知道

**8. 此人士明年是否有投保雇主的保险?**

是,何时? \_\_\_\_\_  否

**9. 此人士明年是否预计会退出雇主保险?**

是,何时? \_\_\_\_\_  否

\* 如果雇主的计划将会给付 60% 以上的总许可费用以作为计划的分摊费用,则该计划便符合“最低价值标准”(1986 年国税法第 36B(c)(2)(C)(ii) 节)

## 您的信息。 您的权利。 我们的责任。

本通知旨在说明我们可能会如何使用及揭露与您有关的医疗信息以及您可以如何取得这些信息。**请仔细阅读本通知。**

### 您的权利

#### 您有权：

- 索取一份您的健康记录和理赔记录
- 修正您的健康记录和理赔记录
- 要求通过保密方式进行通讯
- 要求我们针对我们所分享的信息设定限制
- 索取一份清单, 上面列有我们曾与哪些对象分享过您的信息
- 索取此份隐私权条例通知
- 选择由某位人士代您行事
- 在您认为自己的隐私权遭到侵犯时提出投诉

» 请参阅第 47 页以查看有关这些权利以及权利行使方式的进一步信息

### 您的选择

#### 当我们在进行下列活动时, 您有权选择我们使用和分享信息的方式：

- 向您的家人和朋友回答保险问题
- 提供灾难救助
- 营销我们的服务以及贩卖您的信息

» 请参阅第 47 页和第 48 页以查看有关这些选择以及选择权行使方式的进一步信息

### 我们的使用方式和披露方式

#### 我们可以在进行下列活动时使用和分享您的信息：

- 协助管理您所接受的医疗保健治疗
- 经营我们的组织
- 给付您的健康服务
- 管理您的健康计划
- 协助解决公共卫生和公共安全问题
- 进行研究
- 遵守法律规定
- 响应器官和组织捐赠要求以及  
与法医或殡葬业者合作
- 响应劳工赔偿、执法机关  
及其他政府机关的要求
- 响应法律诉讼及法律行动

» 请参阅第 48 页和第 49 页以查看有关这些选择以及选择权行使方式的进一步信息

## ● 您的权利

### 谈到您的健康信息, 您享有特定的权利。

为了协助您, 本部分将会说明您的权利及部分责任。

#### 索取一份您的健康记录和理赔记录

- 您可要求调阅或索取一份您的健康记录和理赔记录以及由我们所持有并与您有关的其他健康信息。询问我们如何修正记录。
- 我们将会提供一份您健康记录和理赔记录的副本或摘要, 通常在您提出要求后的 30 天内。我们可能会根据我们的花费向您收取合理的费用。

#### 要求我们修正健康记录和理赔记录

- 如果您认为您的健康记录和理赔记录内容有误或不完整, 您可要求我们修正这些记录。询问我们如何修正记录。
- 我们可以“拒绝”您的要求, 但我们将会在 60 天内通过书面方式告知您我们拒绝的理由。

#### 要求通过保密方式进行通讯

- 您可要求我们以特定方式 (例如: 住家电话或公司电话) 与您联络或者将邮件寄送至其他地址。
- 我们将会针对所有合理的要求进行审查, 且如果您告知我们若我们不同意您的要求, 您将会陷入危险, 则我们必须“同意”您的要求。

#### 要求我们针对我们所使用或分享的信息设定限制

- 您可要求我们不要将特定健康信息用于治疗、给付或作业用途。
- 我们不一定要同意您的要求, 且如果您的要求会对您的照护造成影响, 我们可能会“拒绝”您的要求。

#### 索取一份清单, 上面列有我们曾与哪些对象分享过您的信息

- 您可索取一份清单 (说明), 上面列有在您提出要求之日前的六年内, 我们曾分享您健康信息的时间、对象及理由。
- 我们将会包含我们曾披露的所有信息, 但用于治疗、给付和医疗保健作业用途以及其他特定披露 (如您要求我们披露的任何情况) 除外。我们每年将会提供一份免费的说明, 但如果您在 12 个月内又另外索取一份, 我们将会根据我们的花费向您收取合理的费用。

#### 索取此份隐私权条例通知

- 您可随时索取本通知的印刷版, 即使您已同意收到电子版的通知。我们将会立即为您提供印刷版的通知。

#### 选择由某位人士代您行事

- 如果您已与某人签署了医疗委托书或者您有法定监护人, 则该人士可行使您的权利并作出与您健康信息有关的选择。
- 在我们采取任何行动之前, 我们将会确保该人士拥有您的授权并可代您行事。

#### 如果您认为自己的权利遭到侵犯, 请提出投诉

- 如果您认为我们侵犯了您的权利, 您可以使用第 4 页所列的信息与我们联络以提出投诉。
- 您可向美国健康与公众服务部的民权办事处提出投诉, 请寄信至 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201、致电 1-877-696-6775 或登录网站: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)。
- 我们将不会因为您提出投诉而对您采取报复行动。

## ● 您的选择

### 针对特定健康信息, 您可告知我们您选择要我们分享哪些信息。

如果您对我们下述情况下分享您信息的方式有明确的喜好, 请告知我们。请告知我们您希望我们怎么做, 我们将会遵循您的指示。

#### 在下述情况下, 您有权请我们且您可选择请我们:

- 与您的家人、亲近的朋友或为您给付照护的其他人士分享信息
  - 在需要灾难救助的情况下分享信息
- 如果您无法告知我们您的喜好 (例如您失去意识), 我们可以自行决定在对您最有利的情况下分享您的信息。我们也可以在必要情况下分享您的信息, 以解除严重和紧急的健康或安全威胁。

续下页。

您的选择 (续)

在下述情况下, 除非您授予我们书面许可, 否则我们绝对不会分享您的信息:

- 营销目的
- 贩卖您的信息
- 大多数心理治疗记录

## ● 我们的使用与披露方式

**一般而言, 我们会如何使用或分享您的健康信息?**

一般而言, 我们会通过下列方式使用或分享您的健康信息。

### 协助管理您所接受的医疗保健治疗

- 我们可以使用您的健康信息并与为您提供治疗的专业人士分享您的健康信息。

**例如:** 医生将您的诊断结果和治疗计划相关信息寄给我们, 以便我们可以安排额外服务。

### 经营我们的组织

- 我们可以使用和披露您的信息来经营我们的组织并在必要时与您联络。
- **我们不得使用遗传信息来决定我们是否要为您提供保险, 也不得使用遗传信息来决定保费。**此规定不适用于长期照护计划。

**例如:** 我们使用与您有关的健康信息来为您设计更优质的服务。

### 给付您的健康服务

- 在给付您的健康服务时, 我们可使用和披露您的健康信息。

**例如:** 我们和您的牙科计划分享与您有关的信息, 以协调牙科服务的给付事宜。

### 管理您的计划

- 我们可向您的健康计划赞助者披露您的健康信息以进行计划管理。

**例如:** 您的公司与我们签约提供健康计划, 而我们会向您的公司提供特定数据以说明我们所收取的保费。

### 我们可能还会通过哪些其他方式使用或分享您的健康信息?

我们可在获得许可或规定的其他情况下分享您的信息, 通常是为了实现公共利益的情况下, 如公共卫生和研究。在基于上述目的分享您的信息之前, 我们必须满足许多法律上的条件。如欲了解详情, 请登录网站: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)。

### 协助解决公共卫生和公共安全问题

- 我们可在某些情况下分享与您有关的健康信息, 例如:
  - » 预防疾病
  - » 协助回收产品
  - » 通报药物不良反应
  - » 通报可疑的虐待、疏忽照顾或家庭暴力事件
  - » 预防或减少对任何人的健康或安全所造成的严重威胁

### 进行研究

- 我们可为了进行健康研究而使用或分享您的信息。

### 遵守法律规定

- 如为州法律或联邦法律所规定, 我们将需与他人分享与您有关的信息, 包括如果健康与公众服务部想要查看我们是否有遵守联邦隐私法, 我们将需与其分享您的信息。

### 响应器官和组织捐赠的要求并与法医或殡葬业者合作

- 我们可与器官劝募组织分享与您有关的健康信息。
- 当有人过世时, 我们可与验尸官、法医或殡葬业者分享其健康信息。

续下页。

我们的使用与披露方式 (续)

### 响应劳工赔偿、执法机关及其他政府机关的要求

- 我们可基于下列目的使用或分享与您有关的健康信息：
  - » 劳工赔偿理赔
  - » 执法目的或与执法官员分享
  - » 卫生监管机关进行获得法律授权的活动
  - » 执行政府特殊任务，如军事、国家安全及保护元首服务

### 响应法律诉讼及法律行动

- 为了响应法院命令或行政命令，我们可以分享与您有关的健康信息。

- I. OHA 可使用或公开投保申请表中的受保护健康信息 (Protected Health Information, PHI)，以协助判定您有资格使用哪些计划或您应获得何种类型的承保。
- II. OHA 遵守联邦政府及州政府的隐私法规定，包括与药物及酒精滥用和相关治疗还有心理健康疾病和相关治疗有关的法律。
- III. 仅有在收受记录的个人或企业与 OHA 签有特殊协议的情况下，OHA 才可使用或公开物质滥用记录。
- IV. 如果 OHA 在经由您同意之后向其他人公开信息，该信息可能不受隐私规定的保护，且收受信息的人士可能不需要保护该信息。收受信息的人士可在未经您同意的情况下向其他人公开您的信息。

## ● 我们的责任

- 按法律规定，我们必须保护您受保护健康信息的隐私和安全。
- 如有信息泄漏事件发生且该事件可能会危及您信息的隐私或安全，我们将会实时通知您。
- 我们必须履行本通知中所述的义务及隐私条例，并为您提供本通知的副本。
- 除非您通过书面方式告知我们可以分享您的信息，否则我们将不会通过本通知所述以外的其他方式使用或分享您的信息。如果您告知我们可以分享您的信息，您可以随时改变心意。如果您改变心意，请通过书面方式告知我们。

如欲了解详情，请登录网站：[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticcepp.html)。

## 本通知的条款修改

我们可以修改本通知的条款，且修改的条款将适用于我们所持有并与您有关的所有信息。我们可应您的要求为您提供新通知，新通知也会公布于我们的网站，且我们将会邮寄一份给您。由 Suzanne Hoffman, COO 于 2014 年 2 月 14 日核准

**本隐私权条例通知适用于俄勒冈州卫生监管机关及其关系机构，包括俄勒冈州公众服务部。**

**若要行使上列任何隐私权，您可与您当地的 OHA 办事处联络。**

**如欲索取本通知的其他语言版本、大字版、盲文版或其他格式，请致电 503-378-3486。**

传真 503-373-7690 或听障专线 503-378-3523。本通知有英文版以及西班牙语、俄文、越南文、索马里语、阿拉伯文、缅甸文、波斯尼亚文、柬埔寨文、韩文、寮国语、葡萄牙文、中文等翻译版本以及大字版和盲文版。

**Oregon Health Authority**

医疗补助及  
保费补助计划

**俄勒冈州卫生局 (OREGON HEALTH AUTHORITY)**

隐私合规官

3991 Fairview Industrial Dr SE

Salem, OR 97302

**隐私保护办公室的电话号码：503-945-5780**

**如有关于隐私方面的疑虑，请发送电子邮件**

**寻求帮助：[dhs.privacyhelp@dhs.oha.state.or.us](mailto:dhs.privacyhelp@dhs.oha.state.or.us)**

MSC 2090A (02/14)





[www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov)  
1-800-699-9075 (听障专线 711)