



# 俄勒冈州健康计划福利 续保 — 第 2 部分

如果您的医疗续保概要并无变更，请只使用第 2 部分。变更可以是人员迁入迁出、开始新的工作或有新的地址等。请在[医疗续保 — 第 1 部分](#)查看完整变更列表。

随本表格寄送一份续保申请指南。本指南提供了有关如何回答每一部分问题的有用信息。您也可以登录网站 [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov) 查看该指南。

## 目录

第 1 步 — 家庭成员的变更 .....	3
第 2 步 — 有关您的家庭成员的更多问题 .....	6
第 3 步 .....	10
纳税申报身份、10	
工作收入、11	
其他来源所得收入、12	
扣除额、13	
年收入、14	
第 4 步 — 其他医疗保险 .....	15
第 5 步 — 人口统计问题可以帮助我们更好地为您服务 (选填) .....	17
第 6 步 — 其他问题 .....	19
第 7 步 — 阅读和签字 .....	20
附录 A — 老年人及残障人士 (可选) .....	24
附件 B — 雇主保险 .....	27



随本表格向您寄送一份续保申请指南。本指南提供了有关如何回答每一部分问题的有用信息。您也可以登录网站 [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov) 查看该指南。

如果您需要列出多人，请复制第 1 步，并另附页说明。

★ 1. 您是否新增或减少家庭成员或是否是目前尚未接受福利的某位成员申请福利?

如果否，请转到第 2 步 (第 6 页)

是，请向我们提供以下信息。填写他们社会安全卡上的姓名 (若有)。

法定名字:

法定姓氏:

中间名首字母:  首选姓名:

★ 2. 出生日期: / /

3. 性别认同:  男性  女性  跨性别男性 (FTM)  跨性别女性 (MTF)  未列出  
 性别非二元 / 双灵人  拒绝回答  其他:

★ 4. 问题 1 所列的人员:

已经是我的家庭成员，并希望申请福利。转到第 2 步 (第 6 页)。

不再是我的家庭成员。如果此人不再是您家庭的一部分，告诉我们原因，然后转到第 2 步 (第 6 页)。请不要包括只是暂时离开 (例如上学、军队服役、工作或住院)，而且预期会归来的成员。原因:

搬走或永久离开家庭 (由于离婚或其他原因)

身故

在拘留所或监狱，但被释放后会回来:

开始日期: / /

预计的释放日期: / /

已加入我的家庭 (包括您在联邦所得税申报表中填写的个人)。如该人士加入您的家庭，请回答下列问题并转到问题 6。

原始出生证上的性别:  男  女

与您或您家中其他成员的关系 (例如 Tim 是 John 的兄弟，Tim 是 Gene 的儿子等):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

★ 5. 如果该人士正在申请 OHP 福利，他们是否有社会安全号码 (SSN)? (每位正在申请和已经拥有健康福利的人都需要提供 SSN。) 如该人士没有申请，也可以选择向我们提供 SSN。但是，提供 SSN 可以加快申请流程。

如您需要帮助取得 SSN，我们可以帮忙。您可拨打 1-800-699-9075 联系我们。您亦可浏览 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) 或致电社会保障管理局，电话：1-800-772-1213 (听障专线 TTY 1-800-325-0778)。

该人士是否提供 SSN?

- 是，他们的 SSN 是什么：
- 否，告诉我们为什么不提供：
  - 已申请 SSN，但尚未收到
  - 没有 SSN 的新生儿
  - 有 SSN，但不知道号码
  - 没有 SSN，但会申请一个
  - 由于宗教原因，没有 SSN
  - 有一个 SSN，但不想提供 (此选择会导致福利遭到拒绝)
  - 其他  不申请福利

6. 该人士是否需要其他格式的书面材料?  是，在下方标出一项。  否

- 大字印刷版本  录音带  盲文版本  电脑磁盘  口头陈述

★ 7. 此人希望我们用哪种语言来:

- 与他们书面沟通? \_\_\_\_\_
- 与他们交流? \_\_\_\_\_

★ 8. 此人是否正申请 OHP?

- 是，请转到问题 20。
- 否。跳到第 2 步 (第 6 页)。

★ 9. 该人士是否是联邦承认的部落的注册成员，或是阿拉斯加原住民地区公司的股东?  是  否

如果是，请告诉我们部落的名称: \_\_\_\_\_

★ 10. 该人士是否正接受印第安卫生服务部 (Indian Health Services)、部落健康诊所 (Tribal Health Clinics) 或都市印第安诊所 (Urban Indian Clinics) 提供的服务?

- 是  否

★ 11. 该人士的父母或祖父母是否是联邦承认的部落的注册成员，或是阿拉斯加原住民地区公司的股东?  是  否

★ 12. 该人士是否为美国公民或国民?  是，请跳到第 2 步 (第 6 页)。  否，请转到问题 14。

★ 13. 该人士是否是无国籍或衍生公民 (derived citizen)?

- 是，请在下面说明并转到第 2 步 (第 6 页)。  否，请转到问题 15。

A#, USCIS#, 或 Certificate #: \_\_\_\_\_

**★ 14. 该人士是否拥有下列移民身份之一?**

是, 完成 a-h。  否, 回答下方的“h”。

如果其身份在下方列出, 请回答“是”。

- 合法永久居民 (LPR) • 难民 • 被授予政治庇护权或政治庇护权待审批
- 获假释至少一年时间的人 • 获假释少于一年时间的人
- 作为难民或政治庇护者获假释 • 其他移民身份
- 获批准或待初步确定 (受虐待配偶、子女或家庭成员)
- COFA — 自由联合协定公民 (密克罗尼西亚、马绍尔群岛和帕劳) • 有条件入境
- 古巴 / 海地入境者或获假释者 • 特殊移民签证持有人 (SIV) • 非移民签证持有人
- 人口贩运受害者或家庭成员 (T 签证)
- 加拿大出生的印第安人 (至少有 50% 的血统) 或美国印第安部落的注册成员
- 美亚人 — 越南人 • 签证申请获批准 — 待申请调整身份

a. **移民身份:** \_\_\_\_\_

该人士不必回答下文 **b-g** 中有关其移民文件的问题。但现在向我们提供信息可能有助于我们更快地处理他们的健康保险申请。

b. **授予该身份的日期是何时?** \_\_\_\_\_

c. **移民文件类型:** \_\_\_\_\_ **证件或文件号码:** \_\_\_\_\_

d. **文件到期日期:** \_\_\_\_\_ **A# 或 USCIS#:** \_\_\_\_\_

e. **若该人士是合法永久居民 (LPR), 他们是否具有下文所列的一项身份?**

- 难民  政治庇护者  美亚人 — 越南人  古巴 / 海地入境者或获假释者
- 作为难民或政治庇护者获假释  伊拉克或阿富汗特殊移民  人口贩运受害者 (T 签证)

f. **该人士是否在 1996 年 8 月 22 日之前入境美国?**  是  否

g. **该人士、其配偶 (在世或已故) 或父母** 是否为美国军队的退伍军人或现役军人?  是  否

**★ h. 该人士是否被批准“暂缓递解”或“驱逐出境暂缓”?**  是  否

**对于第 2 到 7 步，请提供有关下列人士的信息：**

- 列于 OHP 续保 — 第 1 部分 函件（随附）且仍住在您家中的人士；及
- 您家庭中新增的成员。

**第 2 步 有关您的家庭成员的更多问题**

★ = 必填项

★ 1. 您家中的每个人是否都居住在俄勒冈州？ 这包括住在俄勒冈州找工作。

是  否，列出住在俄勒冈州以外的人。

名字/姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

名字/姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

★ 2. 您的家庭住址是否有变更？  如果是，请在下列提供新的地址。  否。

街道地址 (包括公寓号码)				
城市		州	邮政编码	县

★ 3. 您的邮寄地址是否有变更？  如果是，请在下列提供新的地址。  否。

街道地址 (包括公寓号码)				
城市		州	邮政编码	县

★ 4. 您的电话号码是否变更？  如果是，请在下列提供新的电话号码。  否。

常用电话：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_  家庭电话  工作电话  手机

备用电话：(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_  家庭电话  工作电话  手机

我授权公众服务部 / 俄勒冈州卫生局在我的以下电话留下语音邮件提醒： 常用电话  备用电话

我授权公众服务部 / 俄勒冈州卫生局向我的 (必须是手机号码) 发送短信提醒： 常用电话  备用电话

★ 5. 是否有任何人住在与常用联系人 (您自己) 不同的地址？

是，请完整填写以下部分的内容。  否，请转到问题 6。

**谁住在不同的地址？**

名字/姓氏		出生日期	
家庭住址 (包括公寓号码)			
城市		州	邮政编码
县		国家	

**勾选所有适用项：**

此人住在不同的地址，但他们与本申请表上的某人共用一个税别。

此人暂时不住在这里。原因：

上学  住疗养院  住院  在就业团  在拘留所或监狱

社区护理机构  其他：\_\_\_\_\_

如果需要列出更多人员，请再添加纸张。

## 第 2 步 有关您的家庭成员的更多问题 (续)

★ = 必填项

- ★ 6. 是否有人怀孕?  是, 请在下方列出。  否。

即使您尚未看医生, 也请提供您估算的最接近的“预产期”。

名字	姓氏	出生日期	预产期	预计有多少个孩子? 如果不知道, 请保留空白

- ★ 7. 是否有人在过去 3 个月内通过分娩或流产而终止怀孕? 若其近期怀孕, 该人士合资格取得更多保险或其他服务。

是, 请在下方列出。  否。

名字	姓氏	出生日期	终止妊娠日期

- ★ 8. 您是否需要远离虐待或不安全的处境?  是  否

- ★ 9. 您的伴侣是否通过威胁、吼叫或者对您或您孩子造成人身伤害的方式来令您害怕?  是  否

请仅根据您的申请表列出申请或续期 OHP 福利的人员回答问题 10-18。

- ★ 10. 是否有人目前在监狱 / 拘留所或者是否在过去 3 个月内释放?

是, 请在下方列出。  否。

名字	姓氏	出生日期	被监禁日期	释放/预期释放日期	正在等待控告判决?
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

- ★ 11. 是否有任何人是年满 18 周岁的全职高中学生?  是, 请在下方列出。  否。

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

- ★ 12. 是否有人领取补充性保障收入 (SSI)? SSI 是一项为 65 岁或以上、失明或残疾的低收入人群提供福利的政府计划。  是, 请在下方列出。  否。

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

★ 13. 任何申请 OHP 的人都必须申请并使用他们可能有资格获得的其他福利。以下是其他福利的示例：

- 失业补偿 • 退伍军人福利 • 工伤补偿 • 年金
- 为退休人士、幸存者或残疾人士提供的社会保障
- 您可以获得一笔和解金的无过错人身伤害 (发生在职场、家里或交通工具里)

★ 是否有任何人有资格获得上述福利？

是，请填写下表。  否，请转到问题 14。

名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

福利类别： \_\_\_\_\_

此人是否已申请此项福利，或者和解索赔是否已获批准？  是  否

名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

福利类别： \_\_\_\_\_

此人是否已申请此项福利，或者和解索赔是否已获批准？  是  否

★ 14. 您的家庭成员中是否有人失明或永久性残障？  是，请在下方列出。  否。

名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

此人是：  失明  永久性残障  失明和永久性残障

名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

此人是：  失明  永久性残障  失明和永久性残障

★ 15. 是否有任何人需要帮助完成走路、如厕、洗澡或穿衣等事情？ 这不包括仅仅因为年龄而需要帮助的儿童。  是，请在下方列出。  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 18 岁时在俄勒冈州接受寄养照顾？ 前寄养青年可获得 OHP 直到 26 岁 (不论他们的收入是多少)。  是，请在下方列出。  否。

名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

★ 17. 您是否想为每位人士更改偏好的选协调护理组织 (CCO)? 如您将其他人士加入到家中, 您可在此为其选择 CCO。您也可为已经参保的人选择新的 CCO。CCO 就像您所在区域的当地医疗保险计划。CCO 帮助您使用您所在区域的 OHP 它拥有毗邻您所在区域的一群通力合作的医疗提供者, 包括医生、顾问、护士和牙医。

您不必现在立即选择。但是, 如果您现在不做出选择, 我们将根据您的居住地址为您选择 CCO (除非您适用续保申请指南中列出的部落例外情况)。请参阅续保申请指南, 了解关于选择您所在区域的 CCO 的更多信息。

名字	姓氏	出生日期	CCO 选择

★ 18. 任何 19 岁以下的人是否有本申请表未包含在内的父亲或母亲?

是, 回答下列问题。  否, 跳到第 3 步 (第 10 页)。

如果您为任何 19 岁以下的人士提出申请, 本申请表未将他们的父亲或母亲包含在内, 您需要与俄勒冈州的子女抚养计划合作。子女抚养计划将要求您提供有关该儿童父母的更多信息。

如果您认为这样做对您、孩子或其他家庭成员不安全, 您不必与俄勒冈州的子女抚养计划合作。您可以在下方的“b”中告诉我们这样做是否不安全。

a. 在本申请中至少未列出一名父母的儿童的名字 / 姓氏:

\_\_\_\_\_ 儿童的生日: \_\_\_\_\_

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, 您认为这位儿童的父母是否可能伤害您或孩子?  是  否

a. 在本申请中至少未列出一名父母的儿童的名字 / 姓氏:

\_\_\_\_\_ 儿童的生日: \_\_\_\_\_

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, 您认为这位儿童的父母是否可能伤害您或孩子?  是  否

**★ 1. 是否有人需要报告其纳税申报身份的变动?**

是, 在下框 a-c 中回答。  否, 请转到问题 3。

**★ 2. 您是否将其他人加入到家庭中?  是, 在下框 a-c 中回答。  否, 请转到问题 3。**

变更包括与您先前所提供信息不同的任何信息。例如: 夫妻共同申报与单身申报的变化; 纳税人宣称的受抚养人比以前多或少; 某人曾经为税务受抚养人, 但以后不会是税务受抚养人。

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

**b. 该人士是否计划为今年获得的收入提交联邦所得税申报表?**

如果是, 请完成 i-ii。  否。

**i. 该人士所得税申报表中的报税身份是什么?**

单身  已婚共报  已婚分报  符合资格的丧偶人士  户主

**ii. 此人是否有任何税务受抚养人?  是, 请在下方列出。  否。**

如果其已婚 (不论共同或分开报税), 其配偶不能是他们的受抚养人。

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

**c. 该人士是否是任何人今年的联邦所得税申报表上的受抚养人?  如果是, 请完成 i-ii。  否。**

i. **报税人是谁? 名字/姓氏:** \_\_\_\_\_ **出生日期:** \_\_\_\_\_

ii. **该人士与此纳税申报单提交人的关系是什么?** \_\_\_\_\_

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

**b. 该人士是否计划为今年获得的收入提交联邦所得税申报表?**

如果是, 请完成 i-ii。  否。

**i. 该人士所得税申报表中的报税身份是什么?**

单身  已婚共报  已婚分报  符合资格的丧偶人士  户主

**ii. 此人是否有任何税务受抚养人?  是, 请在下方列出。  否。**

如果其已婚 (不论共同或分开报税), 其配偶不能是他们的受抚养人。

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

**c. 该人士是否是任何人今年的联邦所得税申报表上的受抚养人?  如果是, 请完成 i-ii。  否。**

i. **报税人是谁? 名字/姓氏:** \_\_\_\_\_ **出生日期:** \_\_\_\_\_

ii. **该人士与此纳税申报单提交人的关系是什么?** \_\_\_\_\_

**重要信息：发送证明可以帮助我们更快处理您的信息。**有关需发送的证据类型的信息，请参阅续保申请指南。

★ 3. 是否有人需要报告其雇佣状态的变更，或您家中是否新增了获取工作或自营收入的成员？

- **来自雇主的收入？** 向我们告知他们从每位雇主赚取的工资总额是多少（扣除税项和扣除额前）。请务必计入小费和佣金。来自雇主的收入的部分示例有：工资、半工半读、小费及由州政府付费的居家护理工作服务。向我们告知他们每份工作的总工资和小费。
  - **自雇收入？** 向我们告知每人自雇职业的总收入。总收入指您在扣除成本、费用或其他扣除额之前所赚取的款项。列出问题 5 的（第 13 页）的自雇成本、费用及其他扣除额。自雇的部分示例是：经营企业、献血、作为独立承包商以及打零工。
- 是，请向我们提供下述信息。  否，请跳到第 4 题。

- a. 名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_
- b. 收入来源 — 雇主名称： \_\_\_\_\_  
如为自雇职业，工作类型： \_\_\_\_\_
- c. 向我们告知其总收入（扣除税项和扣除额前）以及他们获支付该金额的频率：  
\$ \_\_\_\_\_  每周  每月两次  每月  
 每季度。接受服务的最后日期： \_\_\_\_\_  
 每年。接受服务的最后日期： \_\_\_\_\_  
 每两周（每隔一周）  仅一次 — 一次性付清  
 其他： \_\_\_\_\_
- d. 工作收入：  正在进行中  自过去 3 个月内开始。首次发薪日期： \_\_\_\_\_  
 已经结束或将在本月结束。最后一次发薪日期： \_\_\_\_\_

- a. 名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_
- b. 收入来源 — 雇主名称： \_\_\_\_\_  
如为自雇职业，工作类型： \_\_\_\_\_
- c. 向我们告知其总收入（扣除税项和扣除额前）以及他们获支付该金额的频率：  
\$ \_\_\_\_\_  每周  每月两次  每月  
 每季度。接受服务的最后日期： \_\_\_\_\_  
 每年。接受服务的最后日期： \_\_\_\_\_  
 每两周（每隔一周）  仅一次 — 一次性付清  
 其他： \_\_\_\_\_
- d. 工作收入：  正在进行中  自过去 3 个月内开始。首次发薪日期： \_\_\_\_\_  
 已经结束或将在本月结束。最后一次发薪日期： \_\_\_\_\_

- ★ 4. 家中是否有人从需要报告的工作之外的来源获得收入，或您是否将获得工作以外收入的人士加入到您的家中？例如，失业福利、退休或幸存者社会安全福利 (SSB) 或社会安全残障保险 (SSDI)，利息或股息、退休金、赡养费或部落福利。请确保在下面 b 行告知我们收入的类型。请参阅续保申请指南，了解有关赡养费的特别说明以及其他收入的更多示例。

是，请向我们提供下述信息。  否，请转到问题 5。

**部落收入** — 有些人从部落获得收入。某些类型的部落收入不计入 OHP。如果您有来自部落的收入，请在“其他收入类型”一节向我们提供有关收入的详情。例如，你可以填写：赌场的人均付款；或被指定为印第安信托土地的人均付款。如果您知道公法规定的收入，请包括该收入。我们将根据您在“其他收入类型”部分填写的内容，确定您的部落收入是否计入 OHP。

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 其他收入类型: \_\_\_\_\_
- c. 向我们告知他们的收入 (扣除税项和扣除额前) 以及他们获支付该金额的频率:  
 \$ \_\_\_\_\_  每周  每月两次  每月  
 每季度。接受服务的最后日期: \_\_\_\_\_  
 每年。接受服务的最后日期: \_\_\_\_\_  
 每两周 (每隔一周)  仅一次 — 一次性付清  
 其他: \_\_\_\_\_
- d. 该收入:  正在进行中  自过去 3 个月内开始。首次发薪日期: \_\_\_\_\_  
 已经结束或将在本月结束。最后一次发薪日期: \_\_\_\_\_
- e. 是否是来自赡养费的收入?  是  否  
 如果是，请列出离婚或最后确定分居协议的日期: \_\_\_\_\_

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 其他收入类型: \_\_\_\_\_
- c. 向我们告知他们的收入 (扣除税项和扣除额前) 以及他们获支付该金额的频率:  
 \$ \_\_\_\_\_  每周  每月两次  每月  
 每季度。接受服务的最后日期: \_\_\_\_\_  
 每年。接受服务的最后日期: \_\_\_\_\_  
 每两周 (每隔一周)  仅一次 — 一次性付清  
 其他: \_\_\_\_\_
- d. 该收入:  正在进行中  自过去 3 个月内开始。首次发薪日期: \_\_\_\_\_  
 已经结束或将在本月结束。最后一次发薪日期: \_\_\_\_\_
- e. 是否是来自赡养费的收入?  是  否  
 如果是，请列出离婚或最后确定分居协议的日期: \_\_\_\_\_

- ★ 5. 家中是否有人需要报告其告诉我们的扣除额的变动，或您是否加入了申请获准许扣除额的人士？  
这包括可以包含在联邦纳税申报表中的自雇职业费用。

获准许的扣除额指可以在联邦纳税申报表中列明的费用，以得出调整后的总收入。例如：教育者费用、学生贷款利息及扣税 IRA 捐款。即使您不打算提交联邦纳税申报表，您也可以告诉我们有关扣税的信息。减免税款可减少我们计入的收入金额。减免税款与税收抵免不同。参阅续保申请指南，了解更多信息。

我们不能回答关于您如何填写纳税申报表的问题。有关纳税申报表或获准许的扣除额或费用的问题，请登录网站 [www.irs.gov](http://www.irs.gov)。您亦可以咨询税务专业人士。

是，请向我们提供下述信息。  否，请转到问题 6。

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 减税扣除类型: \_\_\_\_\_
- c. 告诉我们您支付的金额以及支付此金额的频率:  
\$ \_\_\_\_\_  每周  每月两次  每月  
 每季度。接受服务的最后日期: \_\_\_\_\_  
 每年。接受服务的最后日期: \_\_\_\_\_  
 每两周 (每隔一周)  仅一次 — 一次性付清  
 其他: \_\_\_\_\_
- d. 此扣除额:  正在进行中  自过去 3 个月内开始。首次作出支付日期: \_\_\_\_\_  
 已经结束或将在本月结束。最后一次作出支付日期: \_\_\_\_\_

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 减税扣除类型: \_\_\_\_\_
- c. 告诉我们您支付的金额以及支付此金额的频率:  
\$ \_\_\_\_\_  每周  每月两次  每月  
 每季度。接受服务的最后日期: \_\_\_\_\_  
 每年。接受服务的最后日期: \_\_\_\_\_  
 每两周 (每隔一周)  仅一次 — 一次性付清  
 其他: \_\_\_\_\_
- d. 此扣除额:  正在进行中  自过去 3 个月内开始。首次作出支付日期: \_\_\_\_\_  
 已经结束或将在本月结束。最后一次作出支付日期: \_\_\_\_\_

★ 6. 您是否要报告家中任何人年收入金额的变化, 或您是否在家中加入了今年有收入的人士?

是, 请向我们提供下述信息。  否, 跳到**第 4 步** (第 15 页)。

如果您的收入超过月收入上限, 我们可能会使用您的年收入 (每年)。请在下方告诉我们有关每个人在申请时的年收入和费用。请确保您告诉我们的年度金额包括本历年预计的所有收入和费用, 包括今年的所有收入和费用, 即使您不再从事相同的工作。例如, 您在一月份从事一份工作, 但在八月份找到另一份不同的工作。年收入金额应包括两项工作的收入。

如果有自雇职业费用, 包括获准许的税收减免 / 费用金额。

不包括子女抚养费、退伍军人补助或非劳动所得的补充性保障收入 (SSI)。这些收入不计入您的年收入。

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

**b. 向我们告知他们的年收入 / 费用:**

劳动所得的收入和自雇收入: \$ \_\_\_\_\_

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

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

获准许的税收减免 / 费用: \$ \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

**b. 向我们告知他们的年收入 / 费用:**

劳动所得的收入和自雇收入: \$ \_\_\_\_\_

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

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

获准许的税收减免 / 费用: \$ \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

**b. 向我们告知他们的年收入 / 费用:**

劳动所得的收入和自雇收入: \$ \_\_\_\_\_

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

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

获准许的税收减免 / 费用: \$ \_\_\_\_\_

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

**b. 向我们告知他们的年收入 / 费用:**

劳动所得的收入和自雇收入: \$ \_\_\_\_\_

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

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

获准许的税收减免 / 费用: \$ \_\_\_\_\_

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

- 医疗保险、医疗保险要约或有资格获得医疗保险 (包括牙科保险)?  
如果他们由于费用、保险质量或其他原因决定不参保, 也要标记“是”。如果他们的唯一保险是俄勒冈州健康计划 (OHP), 请勿标记“是”。
- 医疗保险是否在过去 3 个月内结束?
- Medicare 或有权获得 Medicare?

是, 请向我们提供下述信息。  否, 跳到第 5 步 (第 17 页)。

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 医疗保险类型:  私人  雇主  COBRA  Medicare  TRICARE  Peace Corps  
 VA 医疗保健计划 (包括 CHAMPVA)  退休人员健康计划  其他州的 Medicaid/CHIP

c. 计划信息: 医疗保险公司名称 \_\_\_\_\_  
公司地址: \_\_\_\_\_  
公司电话号码: \_\_\_\_\_  
保单号: \_\_\_\_\_ 团体编号: \_\_\_\_\_  
保单持有人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
与投保人的关系: \_\_\_\_\_

d. 此人是否参加该计划?  是, 起始日期: \_\_\_\_\_  否, 结束日期: \_\_\_\_\_

e. 此人是否无法使用保险?  
 是, 因为:  担心安全性  与医疗提供者距离远  否

f. 这是雇主提供的医疗保险吗?  
 是, 填写附件 B — 雇主保险 (第 27 页)  否

g. 在过去的 3 个月里, 您家中是否有人参加另一个州的 Medicaid?  
 是, 在哪个州? \_\_\_\_\_ 结束或预计结束的日期: \_\_\_\_\_  否

a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

b. 医疗保险类型:  私人  雇主  COBRA  Medicare  TRICARE  Peace Corps  
 VA 医疗保健计划 (包括 CHAMPVA)  退休人员健康计划  其他州的 Medicaid/CHIP

c. 计划信息: 医疗保险公司名称 \_\_\_\_\_  
公司地址: \_\_\_\_\_  
公司电话号码: \_\_\_\_\_  
保单号: \_\_\_\_\_ 团体编号: \_\_\_\_\_  
保单持有人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
与投保人的关系: \_\_\_\_\_

d. 此人是否参加该计划?  是, 起始日期: \_\_\_\_\_  否, 结束日期: \_\_\_\_\_

e. 此人是否无法使用保险?  
 是, 因为:  担心安全性  与医疗提供者距离远  否

f. 这是雇主提供的医疗保险吗?  
 是, 填写附件 B — 雇主保险 (第 27 页)  否

g. 在过去的 3 个月里, 您家中是否有人参加另一个州的 Medicaid?  
 是, 在哪个州? \_\_\_\_\_ 结束或预计结束的日期: \_\_\_\_\_  否

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 医疗保险类型:  私人  雇主  COBRA  Medicare  TRICARE  Peace Corps  
 VA 医疗保健计划 (包括 CHAMPVA)  退休人员健康计划  其他州的 Medicaid/CHIP
- c. 计划信息: 医疗保险公司名称 \_\_\_\_\_  
 公司地址: \_\_\_\_\_  
 公司电话号码: \_\_\_\_\_  
 保单号: \_\_\_\_\_ 团体编号: \_\_\_\_\_  
 保单持有人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 与投保人的关系: \_\_\_\_\_
- d. 此人是否参加该计划?  是, 起始日期: \_\_\_\_\_  否, 结束日期: \_\_\_\_\_
- e. 此人是否无法使用保险?  
 是, 因为:  担心安全性  与医疗提供者距离远  否
- f. 这是雇主提供的医疗保险吗?  
 是, 填写附件 B — 雇主保险 (第 27 页)  否
- g. 在过去的 3 个月里, 您家中是否有人参加另一个州的 Medicaid?  
 是, 在哪个州? \_\_\_\_\_ 结束或预计结束的日期: \_\_\_\_\_  否

- a. 名字/姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_
- b. 医疗保险类型:  私人  雇主  COBRA  Medicare  TRICARE  Peace Corps  
 VA 医疗保健计划 (包括 CHAMPVA)  退休人员健康计划  其他州的 Medicaid/CHIP
- c. 计划信息: 医疗保险公司名称 \_\_\_\_\_  
 公司地址: \_\_\_\_\_  
 公司电话号码: \_\_\_\_\_  
 保单号: \_\_\_\_\_ 团体编号: \_\_\_\_\_  
 保单持有人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
 与投保人的关系: \_\_\_\_\_
- d. 此人是否参加该计划?  是, 起始日期: \_\_\_\_\_  否, 结束日期: \_\_\_\_\_
- e. 此人是否无法使用保险?  
 是, 因为:  担心安全性  与医疗提供者距离远  否
- f. 这是雇主提供的医疗保险吗?  
 是, 填写附件 B — 雇主保险 (第 27 页)  否
- g. 在过去的 3 个月里, 您家中是否有人参加另一个州的 Medicaid?  
 是, 在哪个州? \_\_\_\_\_ 结束或预计结束的日期: \_\_\_\_\_  否

## 第 5 步

## 人口统计问题可以帮助我们更好地为您服务 — 选填

这些问题都属于选填问题。对这些问题的答案不会影响您是否有资格获得健康保险。我们询问这些问题是为帮助我们保证所有成员都能获得最优质的护理和最贴心的服务。我们亦使用此信息来解决护理方面的差异。请回答以下有关申请 OHP 福利的任何人的选填人口统计学问题。如果您不想回答这些问题，请选择“拒绝回答”。

如果您需要列出多人，请复制第 5 步，并另附页说明。

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. 这个人的英语程度如何? 优秀 良好 欠佳 不知道 拒绝回答

### 4. 此人是否患有耳聋或严重的听力障碍?

是, 从几岁开始? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝回答

### 5. 此人是否失明或是有严重的视力障碍, 即使佩戴眼镜亦是如此?

是, 从几岁开始? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝回答

### 6. 如果此人年满 5 岁或以上, 他们是否因为身体、精神或情绪状况而难以集中精神、记忆、理解或做决定?

是, 从几岁开始? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝回答

### 7. 如果此人年满 5 岁或以上, 他们是否有走路或爬楼梯方面的严重困难?

是, 从几岁开始? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝回答

### 8. 如果此人年满 5 岁或以上, 他们是否有穿衣或洗澡方面的困难?

是, 从几岁开始? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝回答

### 9. 如果此人年满 15 岁或以上, 他们是否难以独自办理杂事? 例如看医生或购物。这是否是因为身体、精神或情绪状况导致?

是, 从几岁开始? \_\_\_\_\_  否  不知道  拒绝回答

## 第 5 步

## 人口统计问题可以帮助我们更好地为您服务 — 选填

10. 该人是否由于身体、精神或情绪疾病而在任何活动中受到任何方面的限制？

是  否  不知道  拒绝回答

11. 此人如何确定他们的种族、民族、部落归属关系、原籍国或血统？

(续上页)。

12. 此人的种族或种族身份是什么？勾选所有适用选项。

美洲印第安人或  
阿拉斯加土著：

美洲印第安人  阿拉斯加原住民  加拿大因纽特人、梅蒂人或第一民族  
 本土墨西哥人、中美或南美洲人

亚裔：

华裔  越南裔  韩裔  苗族裔  老挝裔  菲律宾裔  
 日裔  南亚  亚洲印度裔  其他亚裔

黑种人或非裔美国  
人：

非裔美籍  非裔 (黑人)  
 加勒比人  其他黑种人

西班牙裔或拉丁裔  
美洲人：

墨西哥人  中美洲人  南美洲人  其他西班牙裔或拉丁裔

夏威夷土著或  
太平洋岛民：

夏威夷土著人  关岛或查莫罗人  萨摩亚人  
 密克罗尼西亚的人  汤加人  其他太平洋岛民

白人：

西欧  东欧  斯拉夫人  中东  
 非洲北部  其他白人

其他：\_\_\_\_\_  不知道  拒绝回答

如果选择多个人种或种族身份，请圈出最能代表此人主要身份的选项。

## 第 6 步 其他问题 — 选填

可选择性回答这些问题。您的回答不会影响您的福利决定。

1. 如果您目前没有居住在居住地登记投票，您想立即申请登记投票吗？ 申请登记或拒绝登记将不会影响本机构向您提供的协助金额。

是  否

如果您认为某人干扰您的登记投票权利或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记投票或申请登记投票时的隐私权，或您选择自己的政党或其他政治偏好的权利，您可以致电 **503-986-1518** 或发送电子邮件至 **elections.sos@state.or.us**，向俄勒冈州州务卿提出投诉。

2. 您家中的任何成员是否是现役军人？或他们曾在武装部队服役？  是，请在下方列出。  否。

名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

如果是，退伍军人事务部是否会就此人可能获得的其他资源与他们联系？  是  否

名字/姓氏： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

如果是，退伍军人事务部是否会就此人可能获得的其他资源与他们联系？  是  否

## 您的权利和责任

本部分的信息向您告知您的权利和责任。您的“权利”指公众服务部 (DHS) 及俄勒冈州卫生局 (OHA) 同意为您做出的事情。当您申请医疗援助时，您同意接受“责任”。

请仔细阅读此信息。您可要求公众服务部的工作人员向您解释此信息。如果你有什么不明白之处，请提问。您可拨打 **1-800-699-9075** (TTY 711) 提问。您同意在您 (和您的家人) 享受公众服务部或俄勒冈州卫生局提供的福利时完成某些规定事项。如果您获得的福利多于您本应领取的福利，你可能会丧失这些福利或需要向公众服务部或俄勒冈州卫生局付费。

在续保申请指南中有关于您的权利和责任的更多信息。续保申请指南包含在本申请表随附的信封中。您也可以在网上获取，网址为：<http://bit.ly/renewohp5>。您亦可以拨打 **1-800-699-9075 (TTY 711)**，索取一份续保申请指南。

### 您的权利 (公众服务部和俄勒冈州卫生局应履行的事项)：

- 公众服务部和俄勒冈州卫生局将会以公平礼貌、尊敬友善的态度对待您。
- 您可线上查阅我们的《隐私做法通知》，网址为 <https://apps.state.or.us/Forms/Served/mn2090.pdf>，该通知亦张贴于 DHS 办公室。
- 您可在申请、填写表格或报告变更内容方面申请获得有关您的首选语言的帮助。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局将会以您可以理解的形式或语言向您提供信息。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局将会竭尽全力满足您的特殊需要 (如您身有残疾)。公众服务部和俄勒冈州卫生局遵守《美国残疾人法案》和《康复法案》第 504 节的相关规定。
- **您的听证会权利：**
  - » 如果您不同意俄勒冈州卫生局或公众服务部做出的关于您医疗保险资格的决定，您有权请求举行听证会。
  - » 如果您没有在 45 天内得到我们的决定，您有权请求举行听证会。
  - » 您有权选择一位授权代表在听证会过程中代您行事。
  - » 您可以通过写信或拨打 **1-800-699-9075 (TTY 711)** 申请举行听证会。
  - » 如果您想申请听证会，则必须在收到资格通知之日后 90 天内提出申请 (以邮件或电子邮件形式)。即使您与我们联系，申请听证会的截止日期也不会更改。
  - » 如果您接受居家护理和社区护理或疗养院护理，则无权就遗产追讨索赔举行听证会。参阅续保申请指南的遗产追讨部分，了解有关遗产追讨计划的更多信息。

### 您的责任 (您应履行的事项)：

#### 您必须：

- 向公众服务部和俄勒冈州卫生局提供真实、准确且完整的信息。
- 针对您所呈报的若干事项提供证明。如果您无法获得证明，您必须让我们在需要时联系其他人或代理机构以获取证明。
- 允许公众服务部和俄勒冈州卫生局工作人员家访，以收集您个案的相关信息。
- 向公众服务部和俄勒冈州卫生局报告所有变更内容。
- 如果选择您的个案进行复核，请您配合公众服务部和俄勒冈州卫生局开展工作。随机选择个案，以进行复核。
- 授权司法部和儿童抚养处将您的儿童抚养记录披露给公众服务部和俄勒冈州卫生局，您有充分的理由不披露则除外。

## 第 7 步 阅读和签字 (续)

- 申请并使用您有资格享有的特定福利或补助，您可以在续保申请指南中查看这些福利或补助的示例。
- 报告您在申请中向我们提供的信息的特定变更内容。获得福利批准时，通知会告诉您必须报告的内容与时间。阅读续保申请指南中有关报告变更内容的更多信息。
- 如果您在获得护理之前有其他医疗保险，请告知医疗服务提供者（医生、诊所、药房或医院）。参阅续保申请指南，了解更多信息。
- 如果您或您家中的任何人有以下情况，请在 10 天内向人身伤害留置权单位报告：
  - » 获得医疗援助或俄勒冈州健康计划 (OHP) 福利；及
  - » 就某人造成的伤害而向他们索赔。
- 自动向公众服务部和俄勒冈州卫生局提供有法定义务支付您的任何医疗费用的其他人作出的付款的权利。这适用于从公众服务部或俄勒冈州卫生局获得医疗保险的任何人。这被称为“分配付款”给公众服务部或俄勒冈州卫生局和 CCO。阅读续保申请指南，了解有关分配付款的更多信息。

## 附加信息

### 社会安全号码 (SSN) 的使用

这些联邦法律和法规规定，任何申请医疗福利的人必须提供 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)。当您在申请中填写 SSN 时，即表明您准许俄勒冈州卫生局 (OHA) 或公众服务部 (DHS) 出于以下原因使用 SSN 并告知他人：

- 公众服务部和俄勒冈州卫生局将使用您的 SSN 来帮助确认您是否具备享受福利的资格。我们会将您的 SSN 作为以下用途：
  - » 核实您的收入
  - » 核实其他资产
  - » 匹配其他州和联邦的以下记录：
    - 美国国税局 (IRS)
    - 社会安全局
    - 医疗补助
    - 失业保险福利
    - 儿童赡养
    - 其他公共援助计划。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局可能会使用您的 SSN 来准备您申请或接受福利的计划资金来源方所要求的汇总信息或报告。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局可能会使用或披露您的 SSN：
  - » 如果我们需要运营您所申请或接受福利的计划。
  - » 为实施质量评估和改进活动。
  - » 为核实正确的款项数额并追回超付的福利。
  - » 核实在超过一人的家庭中，无任何家庭成员享受相关福利。

如果有人没有 SSN，但他们想要一个，请浏览网站 [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)，了解如何申请。

### 收入和资产核实

您在此表格中提供的信息将接受联邦、州及地方官员的审查与核实。当我们确定您获得医疗援助的资格时，公众服务部和俄勒冈州卫生局会使用以下各项：

- 联邦数据服务中心 (FDSH)
- 资产核实系统 (AVS)。
- 收入与资格核实系统 (IEVS)

请参阅续保申请指南，了解有关收入和资产核实的更多信息。

**有疑问？** 请浏览网站 [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov)  
或拨打 **800-699-9075** (TTY 711)。

## 第 7 步 阅读和签字 (续)

### 子女抚养计划

当您享有健康保险时，若您的孩子不与父/母同住，则需要与州 Child Support Program (子女抚养计划) 合作。如果您有充分的理由不合作，则另当别论。请参阅续保申请指南，了解有关与子女抚养计划合作及充分理由的更多信息。

### 遗产追讨计划

公众服务部或俄勒冈州卫生局可能会在任何接受长期护理服务的人去世后，向他们的遗产追讨资金，以支付他们获得的服务和支持。遗产追讨存在许多例外情形。请参阅续保申请指南，了解有关遗产追讨部分的更多信息。

### 转让资产处罚

如果您以低于资产价值的价格转让资产，您可能没有资格获得某些医疗保险。当您赠与或出售资产时，即表示您转让该资产。请参阅续保申请指南，了解有关资产转让相关处罚的更多信息。

### 我们的不歧视政策

公众服务部 (DHS) 和俄勒冈州卫生局 (OHA) 将不会歧视任何人。这意味着公众服务部和俄勒冈州卫生局将帮助所有符合资格的人士。公众服务部和俄勒冈州卫生局将不会因为以下任何一项而区别对待任何人。

- 年龄
- 国籍
- 残疾
- 种族
- 性别
- 性取向\*
- 肤色
- 宗教
- 婚姻状况

如果您认为公众服务部或俄勒冈州卫生局因上述原因而对您区别对待，您可以提出投诉。您可以致电或写信到州长宣传办公室以提出投诉：

州长宣传办公室 (Governor's Advocacy Office)

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

503-945-6904

1-800-442-5238, TTY 711

电子邮件：DHS.info@dhsoha.state.or.us

机会均等就是法律！

我们与美国农业部 (USDA) 和美国卫生与公众服务部 (HHS) 合作。上述两个部门均是崇尚机会均等的提供者和雇主。残障者可通过申请获得辅助性设施和服务。

如欲提交有关 USDA 和 HHS 的申诉，请阅读“客户歧视投诉信息”表格 (DHS 9001, <https://apps.state.or.us/forms/served/dn9001.pdf>)。

\*性取向受州法律保护，但不受联邦法律保护。

## 签署本申请表, 即表示本人同意以下声明:

- 本人在伪证处罚制度的约束下签署本申请表。这表示, 据本人所知, 本人真实、准确且完整地回答了此表格中的所有问题。本人知道, 如果本人提供虚假和 / 或不真实信息, 可能会依据联邦法律接受罚款及 / 或承担多付的款项。
- 本人理解并同意本申请表及续保申请指南中所解释的权利及责任。
- 本人理解并同意本申请表“阅读和签字”部分 (第 7 步) 以及续保申请指南“阅读和签字”部分的信息。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局可以审核我的个案。这可能包括公众服务部来家访。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局将使用州和联邦计算机数据库和系统, 来检查我在此表格中提供的信息。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局可能会将本申请表的信息提供给:
  - » 联邦及州立机构, 以进行审查。
  - » 联邦和州政府机构以及私人托收机构, 如果我必须要向公众服务部或俄勒冈州卫生局偿还福利。
- 公众服务部和俄勒冈州卫生局可使用此信息来管理我从公众服务部或俄勒冈州卫生局获得的其他公共援助计划。
- 本人确认已获得所有家庭成员的许可, 可以提交他们的信息和接收关于他们参保资格和注册的函件。

### 声明与签字

签署此表, 即表明本人确认:

- 本人已阅读并理解上文“阅读和签字”部分以及续保申请指 (OHP 9325 表格) “阅读和签字”部分的信息。
- 如果您是授权代表, 则仅在您和申请者已填妥并签署“授权代表”表格后您才可在此处签字 (<http://bit.ly/authrep5>)。

正楷书写姓名



签名



今日日期 (月/日/年)



### 您是否有任何家庭成员正在申请福利：

- 正在接受或有资格获得 Medicare
- 65 岁或以上
- 申请获得长期护理服务

**如果是**，我们可能需要根据年龄或失明或残疾情况审核参与计划的资格。如果我们审核这些计划，我们将需要本附录中的信息。您现在不必回答这些问题，但回答这些问题可能会加快续保流程。

是  否

### 1. 向我们告知您和您的家庭成员的资源。可能的资源包括：手头现金、其他人代您持有的资金、支票账户、储蓄账户、股票、债券、保险箱中的现金、销售合同、遗产基金、退休基金、定期存单、个人 / 附带资金、证券、信托和年金账户以及信托基金。

资源	地点及账号	资源登记谁的姓名	金额或价值
			\$
			\$
			\$
			\$

### 2. 家里是否有人有车？包括汽车、卡车、摩托车、船只、露营车、其他机动车辆、拖车、农场或商业设备。 是 否

项目 (制造商 / 型号 / 年份)	拥有人	当前价值	所欠金额
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

### 3. 家里是否有人有任何房产？房产可包括您居住的房屋、商业房产或出租房产或度假房产。

是，请在下方列出。如果您有多处房产，请复印此页面，以列出更多房产。

否。

房产类型：						
房产的街道地址：						
城市：		州：		邮政编码：		县：
<p>a. 当前价值：_____ 所欠金额：_____ 月供：_____</p> <p>b. 房产税 (除非月供中已包含)：_____</p> <p>c. 火险：(除非月供中已包含)：_____</p> <p>d. 拥有人：_____</p> <p>e. 房产用途 (商业、度假屋、租赁等)：_____</p> <p>f. 该房产是否为终身地产？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>						

**4. 房产转让:** 您或其他申请者已在过去 60 个月 (5 年) 内将任何下列项目出售、交易、放弃或转让予信托或自信托转让: 私人房产、现金、房地产 (土地或建筑物或终身地产权益) 或房屋净值贷款所得款项?

是, 请向我们提供下述信息。  否。

房产描述	转让日期	转让价值	收到的金额	欠您的金额	每月收到的金额
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

**是否离婚导致上述任何房产转让?**  是  否

**如果是转让予信托或自信托转让, 该信托可否撤销?**  是  否

代理人名称: \_\_\_\_\_ 电话号码: \_\_\_\_\_

**5. 家里是否有人有预付丧葬或安葬安排?**  是  否

有预付丧葬安排的人士姓名: \_\_\_\_\_

殡仪馆和地址: \_\_\_\_\_

安葬或丧葬计划的当前价值是多少? \$ \_\_\_\_\_

预付丧葬协议如何获得资助?

丧葬保险  不可撤销的信托  持牌殡仪供应商  可撤销的信托  丧葬基金

有预付丧葬安排的人士姓名: \_\_\_\_\_

殡仪馆和地址: \_\_\_\_\_

安葬或丧葬计划的当前价值是多少? \$ \_\_\_\_\_

预付丧葬协议如何获得资助?

丧葬保险  不可撤销的信托  持牌殡仪供应商  可撤销的信托  丧葬基金

**6. 家里是否有人拥有人寿保险或丧葬保险单?**  是  否

投保人的姓名: \_\_\_\_\_

保险类型 (终身人寿、定期、丧葬): \_\_\_\_\_

这份保险计划的面值是多少? \$ \_\_\_\_\_

投保人的姓名: \_\_\_\_\_

保险类型 (终身人寿、定期、丧葬): \_\_\_\_\_

这份保险计划的面值是多少? \$ \_\_\_\_\_

7. 您或您的家人是否支付房屋使用费?  是  否

a. 如果是, 总金额: \$ \_\_\_\_\_

• 您的支付金额为? \$ \_\_\_\_\_

• 还有谁会付款? \_\_\_\_\_ 该人士支付的金额为? \$ \_\_\_\_\_

b. 该开销中是否包含任何公用事业费?

 是, 请告诉我们未包含在上述金额中的公用事业费。  否。 水和污水 \$ \_\_\_\_\_  垃圾: \$ \_\_\_\_\_  电: \$ \_\_\_\_\_ 煤气: \$ \_\_\_\_\_  其他公用事业: \_\_\_\_\_ 金额: \$ \_\_\_\_\_c. 除了住房费用, 您是否还支付暖气费或冷气费?  是  否d. 您家中是否有人支付您居住所在地的水电燃气费的任何部分?  是  否

付款人士	公共事业	支付频率	金额
			\$
			\$
			\$
			\$

## 8. 您家中是否有人支付医疗费用? 您不必告诉我们您的医疗费用, 但告诉我们这些费用可能会减少您为长期护理服务支付的费用。例如处方费、健康保险保费、自付额等。

 是, 请向我们提供下述信息。  否。

付款人士	费用类型	支付频率	金额
			\$
			\$
			\$
			\$

您可以选择填写本表格，不会影响关于您的福利的决定。请在下面填写每位提供医疗保险的雇主的信息。此页面可作为帮助雇主回答有关其所提供保险的问题的工具。

### 1. 这是谁的雇主？

名字/姓氏：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

### 2. 雇主信息：

a. 雇主名称：\_\_\_\_\_

#### b. 我们可联系您的雇主办公室咨询医疗保险相关事宜的联系人：

姓名：\_\_\_\_\_

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

### 3. 这个雇主今年提供医疗保险吗？ 是 否

### 4. 针对符合仅向员工提供的最低值标准\*的最低成本计划，如果此人要参保，需要付多少保费（不包括家庭计划）？如果雇主有健康计划，请提供在员工获得针对戒烟计划的最大折扣，并且没有获得基于健康计划的任何其他折扣情况下员工将支付的保费金额。

保费金额：\$ \_\_\_\_\_  我不知道

支付频率： 每周  每隔一周  每月  每月两次  其他：\_\_\_\_\_

### 5. 此人目前是否参保这项医疗保险？ 是 否

### 6. 这个雇主提供配偶/受抚养人保险吗？ 是 否

### 7. 这项保险明年会有变更吗？

是，请告诉我们有什么变更。  否  我不知道这个雇主会不会变更保险

雇主将不再提供保险

雇主将变更保费。针对符合仅向员工提供的最低值标准\*的最低成本计划，如果此人要参保，将需要付多少保费（不包括家庭计划）：

保费金额：\$ \_\_\_\_\_  我不知道

支付频率： 每周  每隔一周  每月  每月两次  其他：\_\_\_\_\_

该变更将何时生效？ \_\_\_\_\_  我不知道

### 8. 此人明年会参保雇主的保险吗？

是，何时？ \_\_\_\_\_  否。

### 9. 此人明年计划放弃雇主保险吗？

是，何时？ \_\_\_\_\_  否。

\* 如果雇主的计划支付总容许成本中计划份额的 60% 或以上，则符合“最低值标准”（《1986 年国内税收法》第 36B(c)(2)(C)(ii) 章）



www.OHr.Oregon.gov  
1-800-699-9075 (TTY 711)

OHA 7310 (04/20) Simplified Chinese