pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

医疗保险申请表

简便易行、价格合理，为您的家人提供保护

This is an application for health care benefits. If you need help translating it, please contact your county assistance office, CAO. Translation services will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de salud. Si necesita ayuda para traducirla, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado (county assistance office, CAO). Los servicios de traducción se proporcionan de forma gratuita.

هذا تطبيق مخصص لفوائد الرعاية الصحية. الرجاء الاتصال على مكتب المساعدة المحلي CAO إذا كنت في حاجة إلى المساعدة في ترجمته. سيتم تقديم خدمات الترجمة مجاناً.

Đây là đơn xin hưởng phúc lợi bảo hiểm y tế. Nếu bạn cần trợ giúp dịch thuật thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ ở quận, gọi tắt là CAO. Các dịch vụ dịch thuật sẽ được cung cấp miễn phí.

នេះគឺជាការដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងថ្លៃទំាសុខភាព។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែពាក្យស្នើសុំនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់ការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក (CAO)។ សេវាបកប្រែនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ។

这是一份医疗福利申请表。如果您需要翻译服务，请联系您所在郡的郡援助办公室（CAO）。翻译服务将免费提供。

Это заявление на получение льготного медицинского страхования. В этом приложении будут содержаться все данные о ваших льготах по медицинскому обслуживанию. Если вам нужна помощь в переводе этого документа, обратитесь в окружное отделение социальной помощи. Услуги перевода предоставляются бесплатно.

使用此申请表查看您有资格获得哪些保险选项：

- 从医疗援助或儿童医疗保险计划（CHIP）中获得免费或低成本的医疗保险
- 可以帮助支付您医疗保险费用的新税收抵免
- 平价私人医疗保险计划，可提供全面覆盖，以帮助您保持良好健康状况

谁可以使用本申请表?

您可以使用本申请表来为您家里的任何人提出申请，即使他们目前已拥有保险。即使您没有提交联邦所得税申报单，您仍然可以提出申请。

请注意：如果您需要现金援助或营养补充援助项目的福利，您必须完成一份不同的申请表

快速在线申请：

在www.compass.state.pa.us上进行快速在线申请。
如果您想通过电话申请，请拨打我们的医疗保险客户服务中心电话1-866-550-4355。

您需要申请的是：

- 对保险有需求之人的社会安全号码（或任何合法移民的证件号码）
- 您家庭中每个人的雇主和收入信息（例如，从工资单、W-2表格或工资和税收报表中所得的信息）
- 任何当前或最近的既往医疗保险的保单号
- 任何您家庭的与工作相关的医疗保险相关信息

我们为什么要求这些信息?

我们询问收入和其他信息，是为了使您了解您有资格获得哪种保险，以及您是否能得到任何用于向其支付费用的帮助。**根据法律的要求，我们将对您所提供的任何信息予以保密和妥善保存。**

接下来会发生什么?

将您签过字的填写好的申请表寄至当地的郡援助办公室。如果您不知道把表格寄到哪里，请拨打1-800-842-2020。**如果您没有我们所要求的所有信息，不管怎样，您仍需签署并提交您的申请表。**

我们将在接下来的30天内对您进行跟进。您会得到有关下一步的指导，以完成您的医疗保险。如果您没有收到我们的通知，请联系您当地的郡援助办公室或拨打1-877-395-8930。

获得此申请的帮助：

- **在线方式：**www.compass.state.pa.us
- **亲自上门：**到访当地的郡援助办公室
- **电话方式：**拨打DHS帮助热线1-800-842-2020。TTY用户应拨打1-800-451-5886。
- **En Español:** Si necesita este información en español, llame al teléfono: 1-800-842-2020

如果您身负残疾，且需要大字体打印或另一种格式的此表格，请拨打我们的帮助热线1-800-692-7462。耳聋、听力困难或有言语障碍的人以及希望与帮助热线取得联系的人可以通过拨打711联系PA中继服务。

仅供医疗提供者使用 • Medical Providers Use Only		
Provider Name	Provider Number	☐ Emergency

仅供CAO使用 • CAO Use Only					
Application Registration Number	Caseload	County	District	Record Number	Date Stamp

开始：

您希望使用哪种语言？ ☐ 英语 ☐ 西班牙语 ☐ 其他（请说明） _____

您是否需要口译员？ ☐ 是 ☐ 否 若需要，您需要哪种语言的口译员？ _____

无纸化！ 您想通过在线收到通知吗？
访问 www.compass.state.pa.us 并使用您的“MyCOMPASS”账户进行登记。

我们鼓励您回答尽可能多的问题，除非操作说明告诉您可以选择不回答。我们拥有的信息越完备，就能越快地处理您的申请。

▶ **重要：**所有申请者必须提供或申请社会安全号码（SSN），并回答公民身份问题。提供SSN对于不申请医疗保险的人来说是可选项，但提供它可以加快申请进程。我们使用SSN来核实收入和其他信息，以确定谁有资格获得医疗保险费用的帮助。如果欲寻求获取SSN的帮助，请拨打1-800-772-1213或访问www.socialsecurity.gov。TTY用户应拨打1-800-325-0778。

告诉我们关于您自己的信息。 我们需要联系成人/家长/看护人。

人员1 请打印所有信息

姓名（包括第一个名字、中间名首字母、姓、后缀- Jr./ Sr./等）：	您是否为自己申请？ ☐ 是 ☐ 否	社会安全号码：

出生日期（月/日/年）	性别 ☐ 男 ☐ 女	**婚姻状况** ▶ ☐ 单身 ☐ 分居 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶

家庭住址（包括街道、门牌号、城市、州、郡和邮政编码+ 4）：	电话号码： ( )	电话类型：（✓）: ☐ 家庭 ☐ 单位 ☐ 手机
邮寄地址（如与家庭住址不同）：	备用电话号码： ( )	电话类型：（✓）: ☐ 家庭 ☐ 单位 ☐ 手机

☐ （✓）如果您没有家庭地址，请在此打勾。您仍然需要提供邮寄地址。

您怀孕了吗？ ☐ 是 ☐ 否	**如果是，**预产期是何时？	是几胞胎？

如果您为自己申请，请回答以下问题。

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果您没有资格获得全面的医疗保险，您是否愿意仅为计划生育服务项目而接受审查？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果您不满21岁，我们在确定计划生育服务项目时将只考虑您的收入。如果您想接受完整的医疗保险的审查，我们需要评估您的家庭收入，包括您父母的收入。您想仅为计划生育服务项目而非完整医疗保险接受审查吗？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 无论年龄大小，您是否担心您在居住地收到的关于计划生育服务的信息会导致来源于您配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害？

您是美国公民或国民吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果您不是美国公民或国民，请回答以下问题：

您有合格的移民身份吗？ ☐ 是	**如果有，**请填写您的公文种类和ID号。 ▶	公文种类：	公文ID号：
您从1996年以来一直住在美国吗？ ☐ 是 ☐ 否		您、您的配偶或父母是否是美国军队的退伍军人或现役军人？ ☐ 是 ☐ 否	

您是否身有残疾或有特殊健康护理需求？ ☐ 是 ☐ 否	**如果是，**是什么残疾？（可选）	您是否需要接受帮助以支付过去三个月的任何医疗账单？ ☐ 是 ☐ 否

您是否生活在医疗或长期护理设施中，或是否有会导致活动（如洗澡、穿衣、日常琐事等）受限的身体、心理或情绪健康状况？
☐ 是 ☐ 否

针对26岁以下人士的问题： ▶ 您是全日制学生吗？ ☐ 是 ☐ 否 | 您是否于18岁或更大时在寄养家庭生活过？ ☐ 是 ☐ 否 | 在哪个州？

人种（可选）（勾选所有合适选项）	☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著（见附录A） ☐ 亚裔 ☐ 白人 ☐ 夏威夷土著或太平洋岛民 ☐ 其他 _____
种族（可选）	☐ 西班牙裔或拉美裔 ☐ 非西班牙裔或拉美裔

告诉我们您的家庭情况。

告诉我们所有与您同住的家庭成员的情况。如果您纳税，我们需要知道您纳税申报表上每个人的情况。

注：您不需要依靠报税来获得医疗保险。

以下是您申请中包括的人：

- 您的配偶或未婚伴侣
- 您的21岁以下与您同住的孩子
- 任何您包括在纳税申报表中的人，即使他们不与您同住
- 任何21岁以下与您同住的并接受您照顾的人

如果您有超过六人需要包括在内，您将需要复制本页面并将其附在表后。

人员2　　请打印所有信息

姓名（包括第一个名字、中间名首字母、姓、后缀- Jr./ Sr./等）：	您是否为此人提出申请？ ☐ 是 ☐ 否	社会安全号码：

出生日期（月/日/年）	性别 ☐ 男 ☐ 女	**婚姻状况** ☐ 单身 ☐ 分居 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶

此人和您是何关系？ ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 继子 ☐ 无关系 ☐ 其他 _____	此人是否和您住在一起？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否怀孕？ ☐ 是 ☐ 否	**如果是，**预产期是何时？	是几胞胎？

如果您为此人提出申请，请回答以下问题。

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果没有资格获得全面的医疗保险，此人是否想要仅为计划生育服务项目而接受审查？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果此人不满21岁，我们在确定计划生育服务项目时将只考虑他们的收入。如果他们想接受完整的医疗保险的审查，我们需要评估他们的家庭收入，包括他们父母的收入。此人想仅为计划生育服务项目而非完整医疗保险接受审查吗？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 无论年龄大小，此人是否担心他们在居住地收到的关于计划生育服务的信息会导致来源于他们配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害？

您是美国公民或国民吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果此人不是美国公民或国民，请回答以下问题：

此人有合格的移民身份吗？ ☐ 是	**如果有，**请填写您的公文种类和ID号。 ▶	公文种类：	公文ID号：

此人从1996年以来一直住在美国吗？ ☐ 是 ☐ 否	此人、此人的配偶或父母是否是美国军队的退伍军人或现役军人？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否身有残疾或有特殊健康护理需求？ ☐ 是 ☐ No	**如果是，**是什么残疾？（可选）	此人是否需要接受帮助以支付过去三个月的任何医疗账单？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否生活在医疗或长期护理设施中，或是否有会导致活动（如洗澡、穿衣、日常琐事等）受限的身体、心理或情绪健康状况？ ☐ 是 ☐ 否

针对26岁以下人士的问题：	此人是全日制学生吗？ ☐ 是 ☐ 否	此人是否于18岁或更大时在寄养家庭生活过？ ☐ 是 ☐ 否	在哪个州？

人种（可选）（勾选所有合适选项）	☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著（见附录A） ☐ 亚裔 ☐ 白人 ☐ 夏威夷土著或太平洋岛民 ☐ 其他 _____
种族（可选）	☐ 西班牙裔或拉美裔 ☐ 非西班牙裔或拉美裔

人员3 请打印所有信息

姓名（包括第一个名字、中间名首字母、姓、后缀- Jr./ Sr./等）：

您是否为此人提出申请？ ☐ 是 ☐ 否

社会安全号码：

出生日期（月/日/年）

性别 ☐ 男 ☐ 女

婚姻状况 ☐ 单身 ☐ 分居 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶

此人和您是何关系？ ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 继子 ☐ 无关系 ☐ 其他 _____

此人是否和您住在一起？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否怀孕？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，预产期是何时？

是几胞胎？

如果您为此人提出申请，请回答以下问题。

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果没有资格获得全面的医疗保险，此人是否想要仅为计划生育服务项目而接受审查？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果此人不满21岁，我们在确定计划生育服务项目时将只考虑他们的收入。如果他们想接受完整的医疗保险的审查，我们需要评估他们的家庭收入，包括他们父母的收入。此人想仅为计划生育服务项目而非完整医疗保险接受审查吗？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 无论年龄大小，此人是否担心他们在居住地收到的关于计划生育服务的信息会导致来源于他们配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害？

您是美国公民或国民吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果此人不是美国公民或国民，请回答以下问题：

此人有合格的移民身份吗？ ☐ 是

如果有，请填写您的公文种类和ID号。 ▶

公文种类：

公文ID号：

此人从1996年以来一直住在美国吗？ ☐ 是 ☐ 否

此人、此人的配偶或父母是否是美国军队的退伍军人或现役军人？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否身有残疾或有特殊健康护理需求？ ☐ 是 ☐ No

如果是，是什么残疾？（可选）

此人是否需要接受帮助以支付过去三个月的任何医疗账单？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否生活在医疗或长期护理设施中，或是否有会导致活动（如洗澡、穿衣、日常琐事等）受限的身体、心理或情绪健康状况？ ☐ 是 ☐ 否

针对26岁以下人士的问题： ▶ 此人是全日制学生吗？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否于18岁或更大时在寄养家庭生活过？ ☐ 是 ☐ 否

在哪个州？

人种（可选）（勾选所有合适选项）

☐ 黑人或非裔美国人
☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著（见附录A）
☐ 亚裔
☐ 白人
☐ 夏威夷土著或太平洋岛民
☐ 其他 _____

种族（可选）

☐ 西班牙裔或拉美裔
☐ 非西班牙裔或拉美裔

人员4 请打印所有信息

姓名（包括第一个名字、中间名首字母、姓、后缀- Jr./ Sr./等）：	您是否为此人提出申请？ ☐ 是 ☐ 否	社会安全号码：

出生日期（月/日/年）	性别 ☐ 男 ☐ 女	**婚姻状况** ☐ 单身 ☐ 分居 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶

此人和您是何关系？ ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 继子 ☐ 无关系 ☐ 其他 _____	此人是否和您住在一起？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否怀孕？ ☐ 是 ☐ 否	**如果是，**预产期是何时？	是几胞胎？

如果您为此人提出申请，请回答以下问题。

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果没有资格获得全面的医疗保险，此人是否想要仅为计划生育服务项目而接受审查？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果此人不满21岁，我们在确定计划生育服务项目时将只考虑他们的收入。如果他们想接受完整的医疗保险的审查，我们需要评估他们的家庭收入，包括他们父母的收入。此人想仅为计划生育服务项目而非完整医疗保险接受审查吗？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 无论年龄大小，此人是否担心他们在居住地收到的关于计划生育服务的信息会导致来源于他们配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害？

您是美国公民或国民吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果此人不是美国公民或国民，请回答以下问题：

此人有合格的移民身份吗？ ☐ 是	**如果有，**请填写您的公文种类和ID号。 ▶	公文种类：	公文ID号：

此人从1996年以来一直住在美国吗？ ☐ 是 ☐ 否	此人、此人的配偶或父母是否是美国军队的退伍军人或现役军人？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否身有残疾或有特殊健康护理需求？ ☐ 是 ☐ No	**如果是，**是什么残疾？（可选）	此人是否需要接受帮助以支付过去三个月的任何医疗账单？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否生活在医疗或长期护理设施中，或是否有会导致活动（如洗澡、穿衣、日常琐事等）受限的身体、心理或情绪健康状况？ ☐ 是 ☐ 否

针对26岁以下人士的问题：	此人是全日制学生吗？ ☐ 是 ☐ 否	此人是否于18岁或更大时在寄养家庭生活过？ ☐ 是 ☐ 否	在哪个州？

人种（可选）（勾选所有合适选项）
☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 亚裔 ☐ 夏威夷土著或太平洋岛民
☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著（见附录A） ☐ 白人 ☐ 其他 _____

种族（可选） ☐ 西班牙裔或拉美裔 ☐ 非西班牙裔或拉美裔

人员5 请打印所有信息

姓名（包括第一个名字、中间名首字母、姓、后缀- Jr./ Sr./等）：	您是否为此人提出申请？ ☐ 是 ☐ 否	社会安全号码：

出生日期（月/日/年）	性别 ☐ 男 ☐ 女	**婚姻状况** ☐ 单身 ☐ 分居 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶

此人和您是何关系？ ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 继子 ☐ 无关系 ☐ 其他 _____	此人是否和您住在一起？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否怀孕？ ☐ 是 ☐ 否	**如果是，**预产期是何时？	是几胞胎？

如果您为此人提出申请，请回答以下问题。

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果没有资格获得全面的医疗保险，此人是否想要仅为计划生育服务项目而接受审查？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果此人不满21岁，我们在确定计划生育服务项目时将只考虑他们的收入。如果他们想接受完整的医疗保险的审查，我们需要评估他们的家庭收入，包括他们父母的收入。此人想仅为计划生育服务项目而非完整医疗保险接受审查吗？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 无论年龄大小，此人是否担心他们在居住地收到的关于计划生育服务的信息会导致来源于他们配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害？

您是美国公民或国民吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果此人不是美国公民或国民，请回答以下问题：

此人有合格的移民身份吗？ ☐ 是	**如果有，**请填写您的公文种类和ID号。 ▶	公文种类：	公文ID号：

此人从1996年以来一直住在美国吗？ ☐ 是 ☐ 否	此人、此人的配偶或父母是否是美国军队的退伍军人或现役军人？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否身有残疾或有特殊健康护理需求？ ☐ 是 ☐ No	**如果是，**是什么残疾？（可选）	此人是否需要接受帮助以支付过去三个月的任何医疗账单？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否生活在医疗或长期护理设施中，或是否有会导致活动（如洗澡、穿衣、日常琐事等）受限的身体、心理或情绪健康状况？ ☐ 是 ☐ 否

针对26岁以下人士的问题：	此人是全日制学生吗？ ☐ 是 ☐ 否	此人是否于18岁或更大时在寄养家庭生活过？ ☐ 是 ☐ 否	在哪个州？

人种（可选）（勾选所有合适选项）
☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 亚裔 ☐ 夏威夷土著或太平洋岛民
☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著（见附录A） ☐ 白人 ☐ 其他 _____

种族（可选） ☐ 西班牙裔或拉美裔 ☐ 非西班牙裔或拉美裔

人员6 请打印所有信息

姓名（包括第一个名字、中间名首字母、姓、后缀- Jr./ Sr./等）：

您是否为此人提出申请？ ☐ 是 ☐ 否

社会安全号码：

出生日期（月/日/年）

性别 ☐ 男 ☐ 女

婚姻状况 ☐ 单身 ☐ 分居 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶

此人和您是何关系？ ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 继子 ☐ 无关系 ☐ 其他 _____

此人是否和您住在一起？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否怀孕？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，预产期是何时？

是几胞胎？

如果您为此人提出申请，请回答以下问题。

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果没有资格获得全面的医疗保险，此人是否想要仅为计划生育服务项目而接受审查？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 如果此人不满21岁，我们在确定计划生育服务项目时将只考虑他们的收入。如果他们想接受完整的医疗保险的审查，我们需要评估他们的家庭收入，包括他们父母的收入。此人想仅为计划生育服务项目而非完整医疗保险接受审查吗？

☐ 是 ☐ 否 ▶ 无论年龄大小，此人是否担心他们在居住地收到的关于计划生育服务的信息会导致来源于他们配偶、父母或其他人的身体、情感或其他伤害？

您是美国公民或国民吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果此人不是美国公民或国民，请回答以下问题：

此人有合格的移民身份吗？ ☐ 是

如果有，请填写您的公文种类和ID号。 ▶

公文种类：

公文ID号：

此人从1996年以来一直住在美国吗？ ☐ 是 ☐ 否

此人、此人的配偶或父母是否是美国军队的退伍军人或现役军人？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否身有残疾或有特殊健康护理需求？ ☐ 是 ☐ No

如果是，是什么残疾？（可选）

此人是否需要接受帮助以支付过去三个月的任何医疗账单？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否生活在医疗或长期护理设施中，或是否有会导致活动（如洗澡、穿衣、日常琐事等）受限的身体、心理或情绪健康状况？ ☐ 是 ☐ 否

针对26岁以下人士的问题：

此人是全日制学生吗？ ☐ 是 ☐ 否

此人是否于18岁或更大时在寄养家庭生活过？ ☐ 是 ☐ 否

在哪个州？

人种（可选）（勾选所有合适选项）

☐ 黑人或非裔美国人
☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著（见附录A）
☐ 亚裔
☐ 白人
☐ 夏威夷土著或太平洋岛民
☐ 其他 _____

种族（可选）

☐ 西班牙裔或拉美裔
☐ 非西班牙裔或拉美裔

税务信息

为您的配偶/伴侣以及与您同住的孩子和/或与您在同一个联邦所得税申报单上的任何人填写此信息。

是否有任何列于申请计划上的人需要于**明年**提交联邦所得税申报单？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请列出报税人，如果是联合申报，请一并列出报税人的配偶。

报税人姓名	如果是联合申报：配偶的姓名

是否有任何列于申请表上的人将在其纳税申报单上声明任何受扶养人？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请列出报税人以及受扶养人。

一个受扶养人只能由一个报税人声明。对于联合申报，您只需列出将签署纳税申报表格的报税人的受扶养人。

报税人姓名	受扶养人

是否有任何列于申请表上的人将在某人的纳税申报单上被声明为受扶养人？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请列出受扶养人和将申报此受扶养人的报税人。

如果受扶养人已经在上面列出，您不需要填写表中的信息。

受扶养人姓名	报税人姓名	与报税人的关系

减税

如果任何人为某些可以在联邦所得税申报单上进行扣除的事项支付了费用，将该情况告诉我们可以使医疗保险费用降低一点。

注：如果您是自营职业者，不要将在您的程序单C纳税申报表中被列为费用的开支包括进去（例如，汽车和卡车费用，折旧，雇员工资，和附加福利等）。

是否有任何人拥有来源于以下选项的费用：（✓）（**是**的话请勾选）	**是**	**这是谁的费用？**	**费用支付频次如何？**（一次性，按月，按季度，一年两次，按年）	**多少钱？**
学生贷款利息减免				
自雇医疗保险减免				
自营职业税的可扣除部分				
健康储蓄账户减免				
其他（请说明）				

收入

请告诉我们您在本申请表上列出的任何儿童或成人的收入。

列出所有收入，如：

- 就业收入（工资、小费、佣金、奖金）
- 自营职业（包括付给您的食宿和保姆费用）
- 失业补偿金
- 社会保障福利
- 养老金/退休金
- 赡养费
- 股息/利息
- 农业/渔业
- 租金/版税
- 彩票/博彩得利

这是谁的收入？	**收入类型/来源**	**获取收入的频次？**（按周，按双周，按月，按年）	**每周平均工作时间：**	**总额？**（扣除税赋和减免额之前的收入）

在过去的一年里，是否有任何人发生过以下事项：（选择所有适用选项）

☐ 换工作？谁？ _____ ☐ 开始从事劳动时间更少的工作？谁？ _____

☐ 停止工作？谁？ _____

是否有任何人其每个月的收入都有变动？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，列出收入变化的人，以及他们今年和明年的总预期收入。

姓名	**今年预期收入总额**	**明年预期收入总额**（如果有所不同）

医疗保险

如果您为之提出申请的人有医疗保险，或者最近曾有过保险，请填写这一部分。

是否有任何您为之提出申请的人有医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否

是否有任何您为之提出申请的人在过去90天曾有过医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，请填写下一部分并告诉我们有关保险的所有情况。**如果否**，跳过此部分。

如果您有（或在过去90天内曾经有）超过一种类型的医疗保险，请为**每份**保险单填写一份表格。如果您有超过三份保单，则您需要复制页面并将其附在表后。

医疗保险类型 ▶ ☐ 雇主保险 ☐ Medicare ☐ TRICARE* ☐ 和平工作队 ☐ 个人计划 ☐ 其他 _____

被（或曾被）保障者名单：		
保单持有人姓名：	首名字：	姓氏：
保险公司名称：	首名字：	姓氏：
保单号：	首名字：	姓氏：
组别名称/编号：	首名字：	姓氏：

被（或曾被）保障范围？ ▶ ☐ 医院护理 ☐ 处方 ☐ 眼部护理 ☐ 医生出诊 ☐ 牙科

这是（曾是）一个受限福利项目（类似于学校意外险保单）吗？ ☐ 是 ☐ 否

该保险什么时候开始？ ▶

该保险什么时候（或将在什么时候）停止？ ▶
（如果您仍然处于被保障状态，请不要填写。）

该医疗保险是因为保单持有人失业（解雇、约满、离职）或换工作而结束的吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，谁失去了保障？

是否有任何孩子因雇主不再提供保险而失去（或将失去）医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否

*如果您拥有直接照料服务或有公务在身。请不要勾选。

医疗保险类型 ▶ ☐ 雇主保险 ☐ 医疗保险 ☐ TRICARE* ☐ 和平工作队 ☐ 个人计划 ☐ 其他 _____

被（或曾被）保障者名单：		
保单持有人姓名：	首名字：	姓氏：
保险公司名称：	首名字：	姓氏：
保单号：	首名字：	姓氏：
组别名称/编号：	首名字：	姓氏：

被（或曾被）保障范围？ ▶ ☐ 医院护理 ☐ 处方 ☐ 眼部护理 ☐ 医生出诊 ☐ 牙科

这是（曾是）一个受限福利项目（类似于学校意外险保单）吗？ ☐ 是 ☐ 否

该保险什么时候开始？ ▶

该保险什么时候（或将在什么时候）停止？ ▶
（如果您仍然处于被保障状态，请不要填写。）

该医疗保险是因为保单持有人失业（解雇、约满、离职）或换工作而结束的吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，谁失去了保障？

是否有任何孩子因雇主不再提供保险而失去（或将失去）医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否

*如果拥有直接照料服务或有公务在身。请不要勾选。

（医疗保险将在下一页继续）。

医疗保险（续）

医疗保险类型

- ☐ 雇主保险
- ☐ 医疗保险
- ☐ TRICARE*
- ☐ 和平工作队
- ☐ 个人计划
- ☐ 其他 _____

被（或曾被）保障者名单：

保单持有人姓名：	首名字：	姓氏：
保险公司名称：	首名字：	姓氏：
保单号：	首名字：	姓氏：
组别名称/编号：	首名字：	姓氏：

被（或曾被）保障范围？

- ☐ 医院护理
- ☐ 处方
- ☐ 眼部护理
- ☐ 医生出诊
- ☐ 牙科

这是（曾是）一个受限福利项目（类似于学校意外险保单）吗？

☐ 是 ☐ 否

该保险什么时候开始？

该保险什么时候（或将在什么时候）停止？
（如果您仍然处于被保障状态，请不要填写。）

该医疗保险是因为保单持有人失业（解雇、约满、离职）或换工作而结束的吗？

☐ 是 ☐ 否

如果是，谁失去了保障？

是否有任何孩子因雇主不再提供保险而失去（或将失去）医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否

*如果您有拥有直接照料服务或有公务在身。请不要勾选。

来源于雇主的医疗保险

如果您为之提出申请的人有或从工作中获得医疗保险，请填写这一部分。这包括来自于其他人工作的保障，比如父母或配偶。

是否有任何您为之提出申请的人从工作中获得医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否　　即便该保障来自于其他人的工作，比如父母或配偶，仍选择是。

如果是，填写这一部分，并在附录B：《来源于工作的医疗保险》中给出您尽可能多的信息。

是州雇员福利计划吗？	是COBRA保障吗？	是退休人员医疗计划吗？
☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

如果您从您的工作中获得医疗保险，您必须（或将要必须）支付您的保险费吗？	☐ 是 ☐ 否	您必须（或将要必须）支付支付您孩子的保险费吗？	☐ 是 ☐ 否
通过您雇主的团体医疗计划而获得的家庭保险费用是多少 ▶		通过您雇主的医疗计划而获得的您孩子的保险费用是多少？ ▶	

选民登记（可选）

如果您目前没有登记参加您居住地的选举，您想于今日申请登记并在此投票吗？ ☐ Yes ☐ No

如果您没有在任何框中勾选，您将被认为已经决定不在此时登记投票。

欲进行登记，您必须：1）于下次选举当天至少年满18岁；2）于下次选举至少一个月前是美国公民；3）于下次选举至少30天前在宾夕法尼亚和投票区居住。

申请登记或拒绝登记投票不会影响本机构提供给您的援助金额。

如果您愿意在帮助下填写选民登记申请表，我们将给予您帮助。是否寻求或接受帮助，决定权在于您。您可以私下填写申请表。如果您需要帮助，请联系郡援助办公室。如果您认为有人干涉您登记或拒绝登记投票的权力、对您是否登记或申请登记投票决定的保密权或您选择自己的政党或其他政治偏好的权力，您可以向州务卿（地址：PA Department of State, Harrisburg, PA 17120）提出投诉。（免费电话号码1-877-VOTESPA）

郡援助办公室工作人员将根据您以上的反馈完成此信息框。
COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

您的权利和责任

医疗救助

- 我明白，宾夕法尼亚州从收入资格验证系统（IEVS）、金融机构、消费者报告以及州和联邦机构处获取信息以核实我提供给他们的资料。当州机构发现矛盾之处且该资料可能会影响我家庭的资格和福利水平时，会向IEVS和其他实体请求提供信息，并使用这些信息，且可能通过侧面联系以进行核实。
- 我明白，通过签署本申请表，我授权任何金融机构，当需要确定和重新确定医疗援助资格时，为识别和验证资产之目的，通过电子方式或任何其他手段，将该机构所持有的任何和所有财务信息，披露给公众服务部或其指定的代理机构或承包商。我明白，金融信息包括存款、取款、账户关闭和其他金融机构要求或收到的相关信息，包括金融机构就账户或资产所给出的其他翻译版本。我明白，该授权将持续有效，直至医疗援助资格被拒绝或结束，或我决定以书面形式向该部门发出撤销通知时，以先发生的为准。我明白，如果我撤销这项授权，这可能使我或我的家庭失去获得医疗救助的资格。
- 我明白，如果我曲解、隐瞒或拒绝给予可能影响我福利资格的事实，我可能会被要求退还我的福利，我可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 我明白，我可以通过完成授权代表部分并将其与申请表一起提交来指定一名授权代表。
- 我理解并同意，我对本申请表中的任何虚假陈述负责，即便申请表是由代表我的人提交的。
- 本人确认已经收到了权利和责任内容副本，已经阅读并理解；或确认有人将内容读给本人，我已理解。
- 我明白，填写于本申请表中的信息将被保密，且只能用于发放福利。我授权个人、财务和医疗信息以确定资格之目的而进行的发布。
- 我明白，我被要求报告的任何变更必须于变更发生当月之下个月的第一个10天内进行报告。
- 本人明白，如果本人有彩票和博彩得利，必须予以上报。
- 我明白，我会收到一份书面通知来说明这些福利。如果福利被拒绝、改变、中止或终止，书面通知将说明原因。
- 我明白，如果我不同意针对该申请的决定，从通知之日起30日内，我可以请求听证。
- 我明白，我的情况需要得到雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 我明白，申请者必须提供其社会安全号码，如果没有的话，则必须申请一个。该号码可能会被用来核对该申请表中的信息。
- 我明白，只有在我具备资格的期间，我才必须使用电子福利转移（EBT）或PA ACCESS卡。我必须仅为具备资格的人使用EBT或PA ACCESS卡，我可能只会得到合理所需的福利。
- 我明白，我不需要针对未申请医疗保健的人提供社会安全号码。如果我确实提供了社会安全号码，那么它可以用来核对该申请表上的信息。
- 我保证，填写的所有信息都是真实的，如有不符，我愿受伪证罪处罚。
- 我明白，我有权获得一份可信保障证明来核实我的医疗保险。何时医疗保险可能会因业已存在的条件而被拒绝或限制，将受到联邦法律的约束。如果我参加了会因我业已存在的条件而排除治疗的团体医疗计划，那么在我接受医疗救助保障之时，我可以获得抵扣。
- 本人明白，如果本人被确定有资格获得医疗援助，则将尽可能向本人提供最全面的医疗福利计划。本人明白，本人可能须参加一项健康计划。本人明白，参加健康计划对本人来说是免费的或只需支付很少费用，因为该部门将为本人支付每月的健康计划费用。本人明白，该每月费用为人头费。本人明白，如本人领取了本无资格获取的医疗援助（因错误、欺诈或任何其它原因而导致资格丧失），则本人需要向该部门偿还此前为本人支付的所有月度费用。
- 我明白，即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得医疗救助，他们也可能有资格获得CHIP。如果是这样的话，我授权公众服务部将我的名字和信息提供给保险部门或CHIP承包商。我了解我在CHIP下的权利和责任。
- 我明白，即便一些或所有提出申请的个人没有资格通过该部门获得医疗救助，他们也可能会有资格获得联邦福利，以及/或通过医疗保险市场（Health Insurance Marketplace）去考察私人医疗保险选项。如果是这样的话，我授权该部门将我的名字和信息提供给该市场。我了解我在医疗保险市场下的权利和责任。

CHIP

您对以下事项拥有权力：

- 保密性——本申请表中的所有信息将会被保密。本申请表将只会与您申请和/或可能符合条件的政府项目共享，如医疗救助和医疗保险市场的保费援助。
- 指定个人代表——您可以通过填写个人代表指定表以选择另一个人来接收有关您或您未成年子女的健康相关信息。
- 可信保障证明——当您退出该项目时，如果您符合条件，您将获得一份可信保障证明来核实医疗保险。
- 书面通知——您将得到一份用以说明您资格的书面通知。

您的权利和责任（续）

- 上诉——如果您不同意有关本申请的任何决定，您可以在决定作出之日起30日内要求进行公正复审。

您对以下事项具有责任：

- 阅读并充分理解本申请表。
- 提供真实、正确、完整的信息，了解故意提供虚假信息的处罚：这是一种严重的犯罪行为，被视为刑事保险诈骗。
- 协助审查本申请表，包括面谈和审核医疗记录。
- 应意识到，某些信息可能会接受雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 如果身份和美国公民权等信息不是通过本申请程序获得的，需提供其证明。
- 如果您为之提出申请的人不是美国公民，需通过提交美国公民和移民服务局的文件来证明合法移民身份。
- 及时报告有关家庭的所有变化，包括收入、地址和电话号码。

我明白：

- 即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得CHIP，他们也可能有资格获得医疗援助。如果是这样的话，我授权保险部门将本申请中的任何和所有信息提供给公众服务部。我了解我在医疗救助下的权利和责任。
- 即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得CHIP，他们也可能有资格获得联邦福利，以及/或通过医疗保险市场去考察私人医疗保险选项。如果是这样的话，我授权该部门将本申请中的任何和所有信息提供给市场。我了解我在医疗保险市场下的权利和责任。
- 如果确定我的孩子有资格从公立机构获得或注册国家雇员医疗福利，并且该机构将支付一小部分的福利或保费，那么我的孩子就没有资格获取CHIP。如果是这种情况，并且我的孩子已经收到CHIP的福利，那么我孩子的CHIP福利可能会被追回并被终止。

医疗保险市场：

- 我保证，填写的所有信息都是真实的，如有不符，我愿受伪证罪处罚。我明白，如果我故意提供虚假和/或不真实的信息，我可能会受到联邦法律的处罚。
- 我知道，如果任何事项改变了（且不同于）我写于本申请表上的信息，我必须告诉医疗保险市场。我可以访问www.HealthCare.gov或拨打1-800-318-2596来报告任何变化。我明白，发生于我信息之上的变化可能会影响我家庭成员的资格。
- 我明白，根据联邦法律，基于种族、肤色、国籍、性别、年龄、性取向、性别认同或残疾的歧视是不被允许的。我可以通过访问www.hhs.gov/ocr/office/file来提交对歧视的申诉。
- 我确认，对本申请表上的医疗保险提出申请的人没有被监禁（拘留或限制人身自由）。如果并非如此，则被监禁的人是 _____ 。
  （被监禁者的姓名）
- **未来几年保障的续期：**为了使确定我在未来几年内接受帮助以支付医疗保险的资格变得更加容易，我同意，允许市场使用我的收入数据，包括来自纳税申报单的信息。市场会发给我一个通知，让我做任何修改，并且我可以随时退出。

  是的，在以下年数中自动延续我的资格：（勾选其中之一）

  - ☐ 5年（允许的最大年数）
  - ☐ 4年
  - ☐ 3年
  - ☐ 2年
  - ☐ 1年
  - ☐ 不要用来源于我纳税申报单上的信息来延续我的保险。

- 我保证，在我的所知范围内，我了解我的权利和责任，包含在本申请表中的信息是完整和真实的，如有不符，我愿接受伪证罪的惩罚。我还确证，故意在本申请表中提供虚假或不完整的信息是保险欺诈行为。
- 我明白，我可以通过完成授权代表部分并将其与申请表一起提交来指定一名授权代表。
- 我理解并同意，我对本申请表中的任何虚假陈述负责，即便申请是由代表我的人提交的。
- 我明白，如果所有提出申请的人被发现有资格通过医疗保险市场获得医疗救助、CHIP或联邦福利，他们将获得他们有资格参与之项目下的保障。
- 如果任何申请者可能有资格参加CHIP，我将允许公众服务部将本申请表上我的姓名和信息提供给保险部门或CHIP承包商。
- 如果任何申请者可能有资格参加医疗救助，我将允许保险部门将本申请表上的任何和所有信息提供给公众服务部。
- 如果任何申请者可能有资格获得联邦福利和/或想要考察私人医疗保险选项，我将允许宾夕法尼亚州公众服务部和宾夕法尼亚州保险部门将本申请表上的任何和所有信息提供给医疗保险市场。
- 我授权个人、财务和医疗信息以确定资格和CHIP、医疗救助及医疗保险市场项目审查之目的而进行的发布。
- 我保证，我为之提起申请的人是美国公民或具合法移民身份的外国人。

X _____ _____

申请者或为申请者提起申请之人的签名　　日期

如果您是授权代表，您可以在这里签名，前提是所需信息已由授权代表的部分提供。

授权代表

您可以给一个受您信任的人许可，以允许其与我们商谈本申请、查看您的信息并代表您参与与本申请相关的事项，包括获取有关您申请的信息以及代表您签署本申请表。此人被称为“授权代表”。如果您需要更改您的授权代表，请联系当地的郡援助办公室。

如果您是申请人的法定代表人，您可以提交代替以下申请人进行签名的证明。如果是这样的话，请将证明与申请表一起提交。

您想指定某人为您的授权代表吗？ ☐ 是 ☐ 否

授权代表姓名：	电话号码： (　　)	电话类型：（✓）： ☐ 家庭 ☐ 单位 ☐ 手机

家庭住址（包括街道、门牌号、城市、州、郡和邮政编码+ 4）：

授权代表的身份：	☐ 护理人	☐ 法定监护人	☐ 主要联系人	☐ 遗嘱执行人
	☐ 支持团队成员	☐ 代表	☐ 委任书	

通过签字确认，您可以允许此人在您的申请表上签署，以获取有关该申请的官方信息，以及代表您参与该机构的所有未来事项。

_____ _____

申请人签名　　日期

一定要在本申请表及所需文件上签名和签署日期

美洲印第安人或阿拉斯加土著家庭成员（AI/AN）

如果您或家庭成员之一是美洲印第安人或阿拉斯加土著，请填写此附录。将此附录与您的医疗保险申请表一起提交。

告诉我们您的美洲印第安人或阿拉斯加土著家庭成员的有关信息。

美洲印第安人和阿拉斯加土著可以从印第安医疗服务、部落医疗项目或城市印第安医疗项目中获得服务。他们也不必支付分摊费用，并且可以获得特殊的月度登记期。回答以下问题以确保您的家人能得到最大的帮助。

注：如果您有更多的人需要包括在内，请复制本页并附在表后。

AI/AN人员1	请打印所有信息
姓名（首名字，中间名，姓氏）：	联邦承认部落的成员？ ☐ 是 ☐ 否 **如果是，**部落名称：_____ 州：_____
此人是否曾从印第安医疗服务、部落医疗项目或城市印第安医疗项目中获得服务，或者通过转诊从这些项目之一中获得服务？ ☐ 是 ☐ 否	如果否，此人是否有资格从印第安医疗服务、部落医疗项目或城市印第安医疗项目中获得服务，或者通过转诊从这些项目之一中获得服务？ ☐ 是 ☐ 否
某些收取的费用可能不会算做医疗保险费用。列出任何报告于您申请表中的收入（金额和频次），其中包括了从以下这些来源得到的资金： • 来自自然资源、使用权、租约或矿区土地使用费的部落人均报酬。 • 来自于被内政部指定的印第安信托土地（包括保留地和以前的保留地）上的自然资源、使用权、租约或矿区土地使用费的报酬。 • 出售具有文化意义的物品而得到的收入。	$ _____ 频次怎样？_____

AI/AN人员2	请打印所有信息
姓名（首名字，中间名，姓氏）：	联邦承认部落的成员？ ☐ 是 ☐ 否 **如果是，**部落名称：_____ 州：_____
此人是否曾从印第安医疗服务、部落医疗项目或城市印第安医疗项目中获得服务，或者通过转诊从这些项目之一中获得服务？ ☐ 是 ☐ 否	如果否，此人是否有资格从印第安医疗服务、部落医疗项目或城市印第安医疗项目中获得服务，或者通过转诊从这些项目之一中获得服务？ ☐ 是 ☐ 否
某些收取的费用可能不会算做医疗保险费用。列出任何报告于您申请表中的收入（金额和频次），其中包括了从以下这些来源得到的资金： • 来自自然资源、使用权、租约或矿区土地使用费的部落人均报酬。 • 来自于被内政部指定的印第安信托土地（包括保留地和以前的保留地）上的自然资源、使用权、租约或矿区土地使用费的报酬。 • 出售具有文化意义的物品而得到的收入。	$ _____ 频次怎样？_____

来源于工作的医疗保险

告诉我们向您提供保险的工作的相关信息。 如果家庭中没有人有资格获得来源于工作的医疗保险，那么您不需要回答这些问题。

在雇员信息部分填写您的姓名和社会安全号码。您可能需要请您的雇主帮助您完成雇主信息部分。如果您无法及时从您的雇主那里得到这些信息，或者您认为完成这部分会延误您申请的启动，您可以在不填写附录B的情况下提交您的申请表。

为提供保险的每一份工作都附上一份本页的复印件。

雇员信息

雇员姓名（首名字，中间名，姓氏）：	社会安全号码：

雇主信息

雇主名称：		雇主识别号码（EIN）：
雇主地址（包括街道、门牌号、城市、州和邮政编码+ 4）：		雇主电话号码： (　　)
我们能就该工作的雇员医疗保险和谁联系？	电话号码（如与以上不同）： (　　)	电子邮件地址：

雇员当前是否有资格获得雇主提供的保险，或雇员是否在未来三个月内将具备资格？

☐ **是**（继续）　如果雇员当前没有资格（该资格的不具备包括了因等待或试用期而导致的结果），那么雇员什么时候有资格投保？ _____

☐ **否**（停止并将此表格退回给雇员）

告诉我们此**雇主**提供的**医疗计划**的相关信息。

雇主是否提供了覆盖雇员配偶或受扶养人的医疗计划？　☐ 是。哪些人：　☐ 配偶　☐ 受扶养人　☐ 否（转到下一个问题）

雇主是否提供了符合最低值标准的医疗计划？*　☐ 是（转到下一个问题）　☐ 否（停止并将此表格退回给雇员）

对于**仅提供给雇员**的满足最低值标准*的最低费用计划（不包括家庭计划）：若雇主拥有健康计划，而雇员在任何戒烟计划中享有最大折扣，且未获取健康计划的任何其它折扣，那么雇主需提供雇员需要支付的保费。

雇员在该计划的保费上要支付多少钱？　$ _____

频次如何？　☐ 按周　☐ 每两周　☐ 每月两次　☐ 按月　☐ 按季度　☐ 按年

如果您的计划很快就会结束，并且您知道所提供的医疗计划将会发生变化，请转到下一个问题。如果您不知道，停止并将此表格退回给雇员

雇主为新的计划年度做了什么改变？

☐ 雇主不会提供医疗保险

☐ 雇主将开始向雇员提供医疗保险，或者改变仅适用于雇员之满足最低值标准*的最低费用计划的保费。（保费应反映健康计划的折扣。参见上面的问题。）

雇员在该计划的保费上要支付多少钱？　$ _____

频次如何？　☐ 按周　☐ 每两周　☐ 每月两次　☐ 按月　☐ 按季度　☐ 按年

更改日期（月/日/年）　_____

*如果该计划所覆盖的总允许福利费用的计划分摊不低于此类费用的60%，那么雇主资助的医疗计划符合 “最低值标准” （1986年国内税收法规第36B(C)(2)(C)(ii)部分）。

这是您权利和责任的复印件。请保留此页作为您的存档。

您的权利和责任

医疗救助

- 我明白，宾夕法尼亚州从收入资格验证系统（IEVS）、金融机构、消费者报告以及州和联邦机构处获取信息以核实我提供给他们的资料。当州机构发现矛盾之处且该资料可能会影响我家庭的资格和福利水平时，会向IEVS和其他实体请求提供信息，并使用这些信息，且可能通过侧面联系以进行核实。
- 我明白，通过签署本申请表，我授权任何金融机构，当需要确定和重新确定医疗援助资格时，为识别和验证资产之目的，通过电子方式或任何其他手段，将该机构所持有的任何和所有财务信息，披露给公众服务部或其指定的代理机构或承包商。我明白，金融信息包括存款、取款、账户关闭和其他金融机构要求或收到的相关信息，包括金融机构就账户或资产所给出的其他翻译版本。我明白，该授权将持续有效，直至医疗援助资格被拒绝或结束，或我决定以书面形式向该部门发出撤销通知时，以先发生的为准。我明白，如果我撤销这项授权，这可能使我或我的家庭失去获得医疗救助的资格。
- 我明白，如果我曲解、隐瞒或拒绝给予可能影响我福利资格的事实，我可能会被要求退还我的福利，我可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 我明白，我可以通过完成授权代表部分并将其与申请表一起提交来指定一名授权代表。
- 我理解并同意，我对本申请表中的任何虚假陈述负责，即便申请表是由代表我的人提交的。
- 本人确认已经收到了权利和责任内容副本，已经阅读并理解；或确认有人将内容读给本人，我已理解。
- 我明白，填写于本申请表中的信息将被保密，且只能用于发放福利。我授权个人、财务和医疗信息以确定资格之目的而进行的发布。
- 我明白，我被要求报告的任何变更必须于变更发生当月之下个月的第一个10天内进行报告。
- 本人明白，如果本人有彩票和博彩得利，必须予以上报。
- 我明白，我会收到一份书面通知来说明这些福利。如果福利被拒绝、改变、中止或终止，书面通知将说明原因。
- 我明白，如果我不同意针对该申请的决定，从通知之日起30日内，我可以请求听证。
- 我明白，我的情况需要得到雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 我明白，申请者必须提供其社会安全号码，如果没有的话，则必须申请一个。该号码可能会被用来核对该申请表中的信息。
- 我明白，只有在我具备资格的期间，我才必须使用电子福利转移（EBT）或PA ACCESS卡。我必须仅为具备资格的人使用EBT或PA ACCESS卡，我可能只会得到合理所需的福利。
- 我明白，我不需要针对未申请医疗保健的人提供社会安全号码。如果我确实提供了社会安全号码，那么它可以用来核对该申请表上的信息。
- 我保证，填写的所有信息都是真实的，如有不符，我愿受伪证罪处罚。
- 我明白，我有权获得一份可信保障证明来核实我的医疗保险。何时医疗保险可能会因业已存在的条件而被拒绝或限制，将受到联邦法律的约束。如果我参加了会因我业已存在的条件而排除治疗的团体医疗计划，那么在我接受医疗救助保障之时，我可以获得抵扣。
- 本人明白，如果本人被确定有资格获得医疗援助，则将尽可能向本人提供最全面的医疗福利计划。本人明白，本人可能须参加一项健康计划。本人明白，参加健康计划对本人来说是免费的或只需支付很少费用，因为该部门将为本人支付每月的健康计划费用。本人明白，该每月费用为人头费。本人明白，如本人领取了本无资格获取的医疗援助（因错误、欺诈或任何其它原因而导致资格丧失），则本人需要向该部门偿还此前为本人支付的所有月度费用。
- 我明白，即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得医疗救助，他们也可能有资格获得CHIP。如果是这样的话，我授权公众服务部将我的名字和信息提供给保险部门或CHIP承包商。我了解我在CHIP下的权利和责任。
- 我明白，即便一些或所有提出申请的个人没有资格通过该部门获得医疗救助，他们也可能会有资格获得联邦福利，以及/或通过医疗保险市场（Health Insurance Marketplace）去考察私人医疗保险选项。如果是这样的话，我授权该部门将我的名字和信息提供给该市场。我了解我在医疗保险市场下的权利和责任。

CHIP

您对以下事项拥有权力：

- 保密性——本申请表中的所有信息将会被保密。本申请表将只会与您申请和/或可能符合条件的政府项目共享，如医疗救助和医疗保险市场的保费援助。
- 指定个人代表——您可以通过填写个人代表指定表以选择另一个人来接收有关您或您未成年子女的健康相关信息。
- 可信保障证明——当您退出该项目时，如果您符合条件，您将获得一份可信保障证明来核实医疗保险。
- 书面通知——您将得到一份用以说明

Your Rights and Responsibilities (continued)

您资格的书面通知。

- 上诉——如果您不同意有关本申请的任何决定，您可以在决定作出之日起30日内要求进行公正复审。

您对以下事项具有责任：

- 阅读并充分理解本申请表。
- 提供真实、正确、完整的信息，了解故意提供虚假信息的处罚：这是一种严重的犯罪行为，被视为刑事保险诈骗。
- 协助审查本申请表，包括面谈和审核医疗记录。
- 应意识到，某些信息可能会接受雇主、财务来源和其他第三方的核实。
- 如果身份和美国公民权等信息不是通过本申请程序获得的，需提供其证明。
- 如果您为之提出申请的人不是美国公民，需通过提交美国公民和移民服务局的文件来证明合法移民身份。
- 及时报告有关家庭的所有变化，包括收入、地址和电话号码。

我明白：

- 即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得CHIP，他们也可能有资格获得医疗援助。如果是这样的话，我授权保险部门将本申请中的任何和所有信息提供给公众服务部。我了解我在医疗救助下的权利和责任。
- 即便一些或所有提出申请的个人没有资格获得CHIP，他们也可能有资格获得联邦福利，以及/或通过医疗保险市场去考察私人医疗保险选项。如果是这样的话，我授权该部门将本申请中的任何和所有信息提供给市场。我了解我在医疗保险市场下的权利和责任。
- 如果确定我的孩子有资格从公立机构获得或注册国家雇员医疗福利，并且该机构将支付一小部分的福利或保费，那么我的孩子就没有资格获取CHIP。如果是这种情况，并且我的孩子已经收到CHIP的福利，那么我孩子的CHIP福利可能会被追回并被终止。

医疗保险市场：

- 我保证，填写的所有信息都是真实的，如有不符，我愿受伪证罪处罚。我明白，如果我故意提供虚假和/或不真实的信息，我可能会受到联邦法律的处罚。
- 我知道，如果任何事项改变了（且不同于）我写于本申请表上的信息，我必须告诉医疗保险市场。我可以访问www.HealthCare.gov或拨打1-800-318-2596来报告任何变化。我明白，发生于我信息之上的变化可能会影响我家庭成员的资格。
- 我明白，根据联邦法律，基于种族、肤色、国籍、性别、年龄、性取向、性别认同或残疾的歧视是不被允许的。我可以通过访问www.hhs.gov/ocr/office/file来提交对歧视的申诉。
- 我确认，对本申请表上的医疗保险提出申请的人没有被监禁（拘留或限制人身自由）。如果并非如此，则被监禁的人是 _____ 。
  （被监禁者的姓名）
- **未来几年保障的续期：**为了使确定我在未来几年内接受帮助以支付医疗保险的资格变得更加容易，我同意，允许市场使用我的收入数据，包括来自纳税申报单的信息。市场会发给我一个通知，让我做任何修改，并且我可以随时退出。

  是的，在以下年数中自动延续我的资格：（勾选其中之一）

  - ☐ 5年（允许的最大年数）
  - ☐ 4年
  - ☐ 3年
  - ☐ 2年
  - ☐ 1年
  - ☐ 不要用来源于我纳税申报单上的信息来延续我的保险。

pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES