

PENNSYLVANIA



残障工人 医疗补助申请表

残障工人医疗补助 (MAWD) 为身体残障的个体就业者提供医疗保险。本保险可能需要象征性地收取一点费用。

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。

This is an application for Medical Assistance 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 Asistencia Médica. Si necesita ayuda con la traducción comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) que le corresponde. Los servicios de traducción son gratuitos.

នេះជាតារាងប្រព្រឹត្តិការណ៍សុំអនុវត្តប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលជុំវិញដែលនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃ។

Настоящий документ является заявлением на получение обслуживания по программе Medical Assistance. Если вам нужна помощь в переводе данного заявления, обращайтесь в Окружное бюро помощи (County Assistance Office). Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

这是关于医疗协助福利的申请。
如果你需要翻译协助，请联络你所在地方的郡县援助办事处。可以免费提供翻译服务。

Đây là mẫu đơn xin hưởng phúc lợi Bảo Trợ Y Tế. Nếu quý vị cần phiên dịch đơn này, xin liên lạc Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt nơi quý vị cư ngụ. Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.

هذا طلب للحصول على منافع المساعدة الطبية. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ترجمته، يرجى الاتصال بمكتب معونة مقاطعتك .CAO ستقدم خدمات الترجمة مجاناً.

我怎样才能符合资格?

1. 您必须年满 16 岁，且未满 65 岁。
2. 您的可计入资产（如银行账户、股票、债券）不得超过 10,000 美元。
3. 减去准予扣减数后，您的可计算收入必须低于联邦贫困收入标准的 250%。
4. 您必须符合社会保障署规定的残障人士定义。如欲符合残障人士的定义，您必须满足下列条件之一：
 - 您现在必须正在接受社会保障残障保险 (SSDI)。
 - 您在过去 12 个月内必须曾领取过附加保障收入、(SSI 或 SSDI)。
 - 如果您不符合上述任一条件，那么，本部门将会审查您的残障状况，以决定您是否符合资格标准。
5. 您必须被雇佣并正在接受残障工人保险补偿金。

我应如何申请?

1. 填妥随附的申请表。（如果您需要帮助，请致电热线服务电话 1-800-842-2020 或专为听力受损人士服务的听障人士专线 711）您还可以联络您所在地的郡援助办公室 (CAO)，或登录国土安全部网站 www.dhs.pa.gov。您还可以进行在线申请，网址是 www.compass.state.pa.us。
2. 附加关于您的收入、残障相关工作开支、相关资产、社会安全号码、地址以及身份的证明文件。
3. 阅读“权利与责任”部分，并在申请表中签名。
4. 将申请表邮寄至您所在地的郡援助办公室。如果需要您提供其他信息，郡援助办公室的工作人员会与您联络。郡援助办公室将会通知您领取福利的资格。

如果您需要现金援助或营养补充援助计划 (SNAP)，您必须另外填写一份申请表。请致电联络您所在地的郡援助办公室，工作人员会为您寄送相应的表格。





COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY				AUTHORIZED	UNAUTHORIZED
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK IN	FILE CLEAR BY/DATE	SCREEN BY/DATE	DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG. NUMBER	DATE STAMP	BY	
WORKER ID	CASE LOAD	RECORD NUMBER	CAT	CAT	
NAME			APPOINTMENT DATE/TIME <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	REASON CODE	

向我们介绍您（申请者）的信息			
您的姓名（姓氏、名字、中间名缩写）			社会安全号码
地址		州	邮政编码 加四位数
电话号码	学区	镇（民政分部）	
您是否领取社会保障残障保险 (SSDI) 福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 若选择“否”，请将您的残障状况告诉我们并提供相关文件材料。			

在填写本申请表时，如需更多的空白位置，请另附纸张填写。

选民登记（可选）
如果您尚未在现居住地登记投票，您是否愿意立即在此地申请登记投票？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果您未勾选任一方框，我们会将此情况视为您决定不参与此次登记投票。
如要登记，您必须：1) 在下次选举的当天至少年满 18 岁； 2) 至少在下一届选举前一个月获得美国公民身份； 3) 至少在下一届选举前 30 日居住在宾夕法尼亚州和选区。
申请或拒绝登记投票均不会影响本机构为您提供的援助数额。
如果您需要帮助填写选民登记申请表，我们将向您提供帮助。是否寻求或接受帮助取决于您。您可以私下填写申请表。如果您需要帮助，请联络县援助办公室。 如果您认为有人干涉了您的登记投票或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票之时的隐私权、或您选择自己支持的政党或其他政治取向的权利，您可以将投诉提交至下列地址：Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120。 (免费电话号码：1-877-VOTESPA。)

县援助办公室的工作人员将会根据您在上文中的回答填写本方框内容			
<input type="checkbox"/> Given to Client	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration	<input type="checkbox"/> Mailed to Client	<input type="checkbox"/> Declined, not interested
<input type="checkbox"/> Declined, already registered	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen	<input type="checkbox"/> Declined, already registered	<input type="checkbox"/> Declined, already registered



1. 家庭、公民与身份信息

请列出与您共同居住的人士，从您自己开始。请您务必在下方申请表中查找种族代码（种族代码为可选项，仅供统计目的使用，不会对您申请福利的合格性造成影响）和公民身份代码。如有需要，可以附加更多的纸张。

您会英语吗？

是 否 若选择了“否”，则您会哪种语言？

公民身份：请从下列代码中选出一个：	1. 美国公民	2. 具有永久居住权的外侨	3. 具有暂时居住权的外侨	4. 难民
	5. 非法入境的外侨	6. 无监护人的难民儿童		

有关种族的信息（可选）：请使用下方适用的代码。即使您未回答，享有的福利也不会受到影响。每个人可能属于多个群体。
1. 黑人 2. 西班牙裔 3. 北美印第安人或阿拉斯加原住民 4. 亚裔 5. 白人（非西班牙裔） 6. 其他 7. 夏威夷原住民或太平洋岛民

姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	Jr./Sr. 等	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	社会安全号码	Medicare 索赔号
出生证明上的姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	出生地所在州	出生地所在县	出生地所在市	外侨注册编号	您是否为此人申请福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
母亲的婚前姓名 (名字、姓氏)	种族代码	公民身份代码	该名申请者是否拥有PA Access卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	驾驶执照 (州及编号) 或州身份证编号	您与申请人的关系

姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	Jr./Sr. 等	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	社会安全号码	Medicare 索赔号
出生证明上的姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	出生地所在州	出生地所在县	出生地所在市	外侨注册编号	您是否为此人申请福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
母亲的婚前姓名 (名字、姓氏)	种族代码	公民身份代码	该名申请者是否拥有PA Access卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	驾驶执照 (州及编号) 或州身份证编号	您与申请人的关系

姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	Jr./Sr. 等	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	社会安全号码	Medicare 索赔号
出生证明上的姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	出生地所在州	出生地所在县	出生地所在市	外侨注册编号	您是否为此人申请福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
母亲的婚前姓名 (名字、姓氏)	种族代码	公民身份代码	该名申请者是否拥有PA Access卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	驾驶执照 (州及编号) 或州身份证编号	您与申请人的关系

姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	Jr./Sr. 等	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	社会安全号码	Medicare 索赔号
出生证明上的姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	出生地所在州	出生地所在县	出生地所在市	外侨注册编号	您是否为此人申请福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
母亲的婚前姓名 (名字、姓氏)	种族代码	公民身份代码	该名申请者是否拥有PA Access卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	驾驶执照 (州及编号) 或州身份证编号	您与申请人的关系

姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	Jr./Sr. 等	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	社会安全号码	Medicare 索赔号
出生证明上的姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)	出生地所在州	出生地所在县	出生地所在市	外侨注册编号	您是否为此人申请福利? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
母亲的婚前姓名 (名字、姓氏)	种族代码	公民身份代码	该名申请者是否拥有PA Access卡? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	驾驶执照 (州及编号) 或州身份证编号	您与申请人的关系



2. 收入

请您告诉我们，本申请表所列的任何人是否拥有或在未来可能获得任何类型的收入。请列出抵扣（如税款或保险）之前的收入金额。收入包括但不限于：

- 工资 育婴看护收入 租金 退伍军人福利 病假补助津贴 股息或利息
 自主经营收入 食宿补助 社会保险/SSI 赡养费或生活费 失业或工伤赔偿金
 养老金 佣金 助学金或培训补助

姓名		雇主或收入来源	雇主的地址	电话
每周工时	计时工资	多久领取一次工资？ (请圈选一个)		抵扣前总金额
		每周一次/每两周一次/每月一次/其他 (请说明)		
		每周一次/每两周一次/每月一次/其他 (请说明)		
		每周一次/每两周一次/每月一次/其他 (请说明)		
		每周一次/每两周一次/每月一次/其他 (请说明)		
		每周一次/每两周一次/每月一次/其他 (请说明)		

3. 费用

为了获取收入，您可能已经支付了相关费用。如果您支付了费用，请在下方列出各种开销：

- 诉讼费用或律师费 交通费 残障相关工作开支 (如医疗设备或护理照顾服务)

姓名	费用类型	数额	多久支付一次



4. 收入来源

本申请表所列的任何人是否拥有下列收入来源?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 现金 (01) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 信托基金 (06) |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 储蓄账户 (02) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 存款证明 (26) |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 支票账户 (03) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 个人退休账户 (IRA)、基奥计划 (KEOGH)、或其他退休计划 (27) |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 圣诞购物储蓄账户或度假储蓄账户 (04) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 丧葬准备金或信托基金 (97) |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 股票或债券 (05) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 非居住房产 (98) |
| <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 美国储蓄债券 (05) | |

姓名	请说明类型/账号/收入来源地点	现值

- 是 否 本申请表所列的任何人是否在未来可能获得金钱或任何类型的收入来源, 如 (包括但不限于) 事故处理金、遗产、信托基金或其他收入来源? 若选择了“是”, 收入来源的类型: _____ 价值: _____ 可能收到的日期: _____
- 是 否 自 2006 年 2 月 8 日以来, 您或者本申请表所列的任何人是否曾赠送、出售或转移任何财产, 如: 住宅、土地、私人财产、人寿保险单、养老金、银行账户、存款证明、股票、个人退休账户 (IRA)、债券或收益权? 若选择了“是”, 请描述财产类型: _____ 价值: _____ 出售、转移或赠送的日期: _____

本申请表所列的任何人是否拥有某种交通工具 (汽车、卡车、摩托车) 或正在为该交通工具偿还款项? 是 否

姓名	年	制造商	型号	是否持有执照	所欠金额
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

本申请表所列的任何人是否拥有人寿保险? 是 否

保单持有人	保险公司名称/保单编号	面值	现金值	谁是被保险人?

除医疗补助外, 本申请表所列的任何人是否拥有健康保险? 是 否

保单持有人	保险公司名称/保单编号	谁是被保险人?

5. 孕妇的福利

孕妇可以领取其他福利。如果您希望为家中的某名孕妇提供推介, 请填写完成本部分的内容。

姓名	地址	怀孕预产期



6. 美国军方服务

是否有人曾在或者现在正在美国军队中服役？

是 否

是否有人是任何曾在或现在正在美国军队中服役之人士的遗孀、配偶或子女（未满 18 岁）？

是 否

服役人员	部门 (陆军、海军、海军陆战队、空军、海岸警卫队)	服役日期

7. 如果您持有未付款的医疗账单

如果您在提出申请的前三个月内持有未付款的医疗账单，那么，这些账单将由我们来支付。

这被称为追溯保险。如果您被判定为符合领取追溯保险的资格，那么，您可能需要为每个追溯月支付保险费。请注意，我们只有在收到保费支付凭证时才能为您支付追溯保费账单。如果您认为自己的保费账单金额小于保险费用的数额，那么，您可以不必申请追溯保险。如果您希望参加追溯保险，请填写完成本部分的内容。请在另外一张纸上列出任何其他账单。

请注意：您必须提交追溯保险需要承保的所有月份的收入与收入来源的证明。

服务开始日期	医院/医生/处方	账单金额

8. 附加证明



我们需要有关您所提供信息的证明，以处理您的申请。如果您无法获取信息证明，您所在地的郡援助办公室将为您提供帮助。

如果您需要帮助以获取有关您的地址、收入和/或收入来源的证明，请勾选此处。

您是否拥有所提供内容的副本？ 是 否

请提供副本 - 无需原件

身份证明 (仅限一种文件)	驾驶执照、护照、带有照片的身份证明
公民身份	出生证明或护照
外侨身份 (仅针对非美国公民)	最新的移民文件材料
地址 (仅限一种来源)	租金收据、公用事业费用单、驾驶执照 (含有现住址)、抵押账单或收据、邮局记录、税务记录等
收入	最近一月的工资单据、养老金证明、失业赔偿金的财务资格通知、税务表或其他有关自主经营收入的记录、支票存根或收入来源报表的副本。
收入来源	银行对账单、保险单、核定税额通知

如果您无法获取有关所提供信息的证明，郡援助办公室将会为您提供帮助。请随附一张便笺，以解释您无法提供证明的原因。

9. 何时开始领取福利？

您可以选择开始领取医疗补助福利的月份。请勾选 (✓) 下方任一方案：

勾选 (✓) 此款，您将在提出申请的当月开始领取福利。您必须在提出申请的当月开始支付保险费。

勾选 (✓) 此框，您将在提出申请的下一月开始领取福利。您必须在提出申请的下一月开始支付保险费。

10. 如何支付保险费

如欲加入此计划，您必须支付月度保险费。首选支付方式为工薪扣款。通过工薪扣款的方式，您的雇主将从您的薪水中直接扣除月度保险费的金额。如果您希望采用工薪扣款的方式，请勾选下方的方框。

是，我希望采用工薪扣款的方式。

如果您是自主经营者、不希望采用工薪扣款的方式、或者您的雇主不提供工薪扣款的方式，您将会收到一份月结单。您有义务每月将该月结单与您的付款一同邮寄给我们。如果您希望收到月结单，但不希望采用工薪扣款的方式，请您勾选下方的方框

否，我不希望采用工薪扣款的方式。

注：在某些情况下，您可能不需要支付保险费。

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，财务信息包括存款、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进行的其它交易。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，如果我歪曲、隐瞒或拒绝给予可能影响我福利资格的事实，我可能会被要求偿还我的福利，我可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 我明白，我可以通过填写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。
- 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。我授权为确定资格而进行的个人、财务和医疗信息的发布。
- 我明白，我被要求报告的任何变更必须于变更发生的次月前10天内进行报告。
- 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，我有权获得一份可抵扣保险覆盖证明来核实我的医疗保险。医疗保险在何时可能会因已有疾病而被拒绝或限制，将受到联邦法律的约束。如果我参加了将我的已有疾病排除在治疗范围之外的团体医疗计划，那么在我接受医疗救助保险之时，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。在这种情况下，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服务，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) 去寻找私人医疗保险选项。在这种情况下，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利：

- 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。
- 可抵扣保险覆盖证明——当您退出该项目时，如果您符合条件，您将获得一份可抵扣保险覆盖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。
- 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。

您的权利和责任 (续)

- 提供真实、正确、完整的信息，了解故意提供虚假信息的处罚：这是一种严重的违法行为，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身份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。
- 支付每月保费。如果您没有及时支付保费，则可能致使健康保险失效。由于持续健康问题，裁员或失业，歧视或其他您无法控制的要素，您的保费可被免除。你还必须有意恢复原职，或竭尽所能寻找其他工作。
- 如果您在提交申请后和确定符合资格之前这段时间支付了任何医疗费用，请联系医疗提供者以要求退还。

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。在这种情况下，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寻找私人医疗保险选项。在这种情况下，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取州雇员医疗福利，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。在这种情况下，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：**为了简化我的资格审查以便帮助在未来几年内进行健康保险支付，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
 - 不要来自我纳税申报单上的信息来续约我的保险。

- 我证明，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，我可以通过填写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，则他们可获得他们有资格参与项目下的保障。
- 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获得医疗救助，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/或想要寻找私人医疗保险选项，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。
- 我授权为了简化确定资格和CHIP、医疗援助及医疗保险市场项目审查之目的而进行的个人、财务和医疗信息的发布。
- 我保证，我为之提出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，前提是所需信息已在授权代表部分提供。

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。

如果您是申请人的合法指定代表人，您可以提交代替以下申请人进行签名的证明。在这种情况下，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: (✓): <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 单位 <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> 护理人	<input type="checkbox"/> 法定监护人	<input type="checkbox"/> 主要联系人	<input type="checkbox"/> 遗嘱执行人
	<input type="checkbox"/> 支持团队成员	<input type="checkbox"/> 代表	<input type="checkbox"/> 委托书	

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

请务必在本申请表签名和签署日期并附上所需文件。

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，财务信息包括存款、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进行的其它交易。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，如果我歪曲、隐瞒或拒绝给予可能影响我福利资格的事实，我可能会被要求偿还我的福利，我可能会被起诉并丧失获得某些未来福利的资格。
- 我明白，我可以通过填写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。
- 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。我授权为确定资格而进行的个人、财务和医疗信息的发布。
- 我明白，我被要求报告的任何变更必须于变更发生的次月前10天内进行报告。
- 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，我有权获得一份可抵扣保险覆盖证明来核实我的医疗保险。医疗保险在何时可能会因已有疾病而被拒绝或限制，将受到联邦法律的约束。如果我参加了将我的已有疾病排除在治疗范围之外的团体医疗计划，那么在我接受医疗救助保险之时，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。在这种情况下，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服务，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) 去寻找私人医疗保险选项。在这种情况下，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利：

- 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。
- 可抵扣保险覆盖证明——当您退出该项目时，如果您符合条件，您将获得一份可抵扣保险覆盖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。
- 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。

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 (续)

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：这是一种严重的违法行为，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身份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。
- 支付每月保费。如果您没有及时支付保费，则可能致使健康保险失效。由于持续健康问题，裁员或失业，歧视或其他您无法控制的因素，您的保费可被免除。你还必须有意恢复原职，或竭尽所能寻找其他工作。
- 如果您在提交申请后和确定符合资格之前这段时间支付了任何医疗费用，请联系医疗提供者以要求退还。

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。在这种情况下，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寻找私人医疗保险选项。在这种情况下，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取州雇员医疗福利，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。在这种情况下，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:** 为了简化我的资格审查以便帮助在未来几年内进行健康保险支付，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
 - 不要来自我纳税申报单上的信息来续约我的保险。