

非公民申请“仅限家庭生育计划”服务

<p>您是否有资格享受面向非公民计划的FPO服务（由州政府资助）？</p>	<p>面向非公民计划的FPO服务（由州政府资助）的服务对象是不符合公民身份或移民身份要求的个人，或不符合5年移民标准的合格个人。无论性别和移民状况如何，收入等于或低于联邦贫困线(FPL) 260%，没有资格享受全面的Apple Health计划，也没有其他健康保险的华盛顿州居民都可以享受FPO计划。</p> <p>FPO计划也适用于寻求保密家庭生育服务的投保人。您可以随时申请FPO计划。</p>
<p>您是否被认为是华盛顿州居民？</p>	<p>如果您目前居住并打算居住在华盛顿州，进入华盛顿州寻找工作，或进入华盛顿州时有工作承诺，则您是华盛顿州居民</p>
<p>涵盖哪些福利？</p>	<p>福利包括，但不限于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 全面的家庭生育计划预防性探视 • 节育（也称为避孕）的咨询、教育、启动和管理 • 宫颈癌筛查 • 一些性传播疾病(STD)和性传播感染(STI)的检测和治疗 • 处方药和非处方药避孕（节育） • 消毒程序
<p>如何申请？</p>	<p>您可以随时向接受 Apple Health的服务提供商申请FPO计划，或者可以自行拨打1-800-562-3022或通过以下方式提交申请：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 邮寄： HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531 • 传真： 1-866-841-2267 • 电子邮件： apple@hca.wa.gov
<p>华盛顿州另外还提供哪些医疗保险选择？</p>	<p>查看适用于不合格和无证件移民的Apple Health计划：</p> <ul style="list-style-type: none"> • hca.wa.gov/apple-health-non-citizens • hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals
<p>应如何填写第1部分？</p>	<p>尽您所能填写。参见下方，详细了解申请表第1部分中所含的具体问题。</p>

医疗保健计划管理部 (HCA)将如何使用您的社保号(SSN)?	<p>通过确认您的身份、公民身份、移民身份、出生日期和其他可提供的健康保险福利，HCA使用此信息确定您的资格。HCA不会出于移民执法目的与任何移民机构分享此信息。</p> <p>申请面向非公民计划的FPO服务（由州政府资助）不会影响您的移民身份或成为永久居民或公民的机会。如果您没有SSN，请将相关项目留空。</p>
HCA将如何使用您的移民身份信息?	<p>通过确认您的身份、公民身份、移民身份、出生日期和其他可提供的医疗保险福利，HCA使用此信息确定您的资格。</p> <p>HCA不会出于移民执法目的与任何移民机构分享您的信息。</p> <p>面向非公民计划的FPO服务（由州政府资助）的资格审定可免于受政府救济者测试。如果您对申请Apple Health或面向非公民计划的FPO服务（由州政府资助）是否会影响您的移民身份或成为永久居民或公民的机会存有疑问，请联系移民律师。</p>
申请时是否提供语言或残疾人服务?	<p>如需获取免费的其他语言协助（包括口译或印制材料翻译）或残疾人便利服务，请拨打1-800-562-3022。详情请参见： hca.wa.gov/interpreter-services。</p>
是否可以使用授权代表(AREP)申请?	<p>是。AREP是指相当熟悉有关家庭状况的成人，此人获得该家庭的授权，并代表该家庭就资格问题采取行动。这不同于与导引人员或经纪人合作的情况。</p>
FPO计划有哪些收入要求?	<p>收入必须等于或低于FPL的260%。详情请参见hca.wa.gov/family-planning。</p>
如何确定家庭规模?	<p>根据纳税申报状态来确定家庭规模。家庭成员是申请人向其报税或作为受抚养人提出索赔的配偶或受抚养人。如果您不纳税，家庭成员是指生活在同一个家庭的配偶或受抚养人。</p>

<p>如果您有其他保险并需要保密服务，该怎么办？</p>	<p>如果您符合以下任一例外情况，即便有保险，也有资格享受保密家庭生育计划：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您在寻求保密家庭生育计划服务且年龄为18岁或更小；或者 • 您是家暴受害者并在施暴者的医疗保险范围内。 <p>拨打HCA电话1-800-562-3022申请保密服务</p>
<p>如果您有其他保险，该怎么办？</p>	<p>如果您有其他涵盖家庭生育计划服务的保险，则没有资格享受FPO服务，除非您正在寻求保密家庭生育计划服务。</p>
<p>什么是全面Apple Health (Medicaid)，您应放弃申请它的权利吗？</p>	<p>如果您有资格享受全面Apple Health，则可以享受住院和门诊医院、家庭保健、医生服务、处方药、牙科服务和物理治疗等福利。</p> <p>我们鼓励您申请全面Apple Health保险，以便获得您有资格享受的最大健康医疗福利。有关全面Apple Health的详情，请浏览hca.wa.gov/apple-health。</p> <p>如果您没有资格获得全面Apple Health保险，则可以放弃申请该保险并仍获得FPO服务。</p>
<p>您将在何时，以何种方式知道您的申请状态？</p>	<p>申请按45天内收到的顺序处理。如果需要额外信息，将通过电话和/或邮寄的方式联系您。一旦处理后，将通过邮寄的方式发送批准或拒绝信函。有些保险提供商可以在您等候申请提交和处理结果时提供服务。</p>
<p>您是否可以对资格审定的结果提起申诉？</p>	<p>是的，如果HCA、Washington Healthplanfinder或社会福利服务部(DSHS)做出的某项决定影响到您参加医疗保险的资格，而您不同意此项决定，则可以在90天内提起申诉。有关申诉流程的详情，请浏览hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid。</p>
<p>可以从哪里找到更多信息？</p>	<p>欲知更多信息，请浏览hca.wa.gov/family-planning。</p>

非公民申请“仅限家庭生育计划”服务

您目前是否怀孕？ 是 否 如果您回答“是”，则您没有资格享受家庭生育计划服务，但可能有资格享受医疗保险。在线申请：wahealthplanfinder.org

填写此申请表，即表示您确认申请仅限家庭生育计划服务。

1. 申请人及联系信息

名 (您的法定全名) _____ 中间名首字母 _____ 姓 _____

男 女

出生日期 _____

社保号 (如有) _____

华盛顿州居民?
是 否

居住地址 _____ 门牌号 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

邮寄地址 _____ 门牌号 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

住宅/手机/首选号码 _____

工作电话/留言电话号码 _____

我们是否可以通过提供的电话号码联系您?
是 否

电子邮件地址 _____

您在英语的说、读或写方面是否有困难？ 是 否

您是否需要一位口译人员？ 是 否 您讲哪种语言？ _____

本人正在寻求保密服务，本人是：

18岁或更小；或者

家暴的受害人，并在施暴人的医疗保险范围内

您是否有私人医疗保险或Apple Health (Medicaid)保险？ 是 否

如果否，您可以通过勾选下方方框来明确地选择不申请全面Apple Health保险且仍有资格享受FPO计划。

有关如何有资格获得其他医疗保险的详细信息，可浏览wahealthplanfinder.org并申请

我选择申请仅限家庭生育计划保险并正在明确地选择不申请全面Apple Health (Medicaid)。

2.您的就业收入/自雇业收入

您的收入		其他家庭成员的收入	
当前雇主的名称 (第1份工作)	电话号码	当前雇主的名称 (第1份工作)	电话号码
每月税前总收入 (和/或自雇的每月净收入)	自雇? 是 否	每月税前总收入 (和/或自雇的每月净收入)	自雇? 是 否
当前雇主的名称 (第2份工作)	电话号码	当前雇主的名称 (第2份工作)	电话号码
每月税前总收入 (和/或自雇的每月净收入)	自雇? 是 否	每月税前总收入 (和/或自雇的每月净收入)	自雇? 是 否

如果某位家庭成员目前有两个以上的雇主, 请附加在单独的一张纸上。
有关如何申报收入的详情, 请浏览wahbexchange.org/how-to-report-income。

3.其他家庭收入

每月金额:

赚取此收入的成员:

抚养费/配偶抚养费	_____	_____
租金和/或版权收入 (净额)	_____	_____
社保金/铁路工人退休福利金	_____	_____
失业救济金	_____	_____
退休收入, 包括: 养老金、年金和/或IRA分配收入	_____	_____
股息、股票、股份、资本收益、外汇、信托/其他投资收入	_____	_____
应税部落收入	_____	_____
农务和渔业收入 (净额)	_____	_____
其他应税收入	_____	_____

4.家庭扣款

每月金额:

付款人:

抚养费/配偶抚养费已付	_____	_____
供款/IRA或税前退休金账户供款	_____	_____
学生贷款利息付款	_____	_____
部队成员搬迁费	_____	_____
教师费用	_____	_____
健康保险储蓄账户供款	_____	_____
提前支取储蓄所缴纳的罚金	_____	_____
特定的可补偿营业开支	_____	_____

5.申报纳税身份

您今年的申报纳税身份是什么？ 单身报税人 已婚夫妇分别报税 已婚夫妇联合报税
家中某人的抵税依亲者 家庭外某人的抵税依亲者 非纳税人

您是否合法结婚？ 如果是，您配偶的法定全名 _____
是 否 名，中间名，姓

如果您提交纳税申报单，您有几位抵税依亲者？ _____ 如果不是，您有几个孩子？ _____

6.最近的失业情况

您是否曾于最近90天内离职或失去工作？ 您的配偶是否曾于最近90天内离职或失去工作？
是 否 是 否

如果是，公司的名称： _____ 如果是，公司的名称： _____

就业结束日期： _____ 就业结束日期： _____

7.种族/族裔背景

我们请您自愿告知我们您的种族或族裔背景。此信息不会用于考虑您是否有资格享受我们的服务。

白人 黑人或非洲裔美国人 越南人/老挝人/柬埔寨人
西班牙裔 美洲印第安人或阿拉斯加本土居民 其他亚裔或太平洋岛民
其他： _____ 部落名称： _____

8.请仔细阅读，然后在下面签名

本人明白：

- HCA可能会要求本人证明本人提交的信息属实。HCA公司可协助本人获取所需要的证明文件，或者为获得此类证明文件而联络其他人员或机构。
- 本人的信息可被其他州或联邦机构查阅。
- 通过申请和接受医疗保险援助，本人将任何医疗支持和任何第三方医疗费用支付的所有权利转让给华盛顿州。
- 本人明白此申请仅限于出于避孕目的而提供的家庭计划生育服务。如果本人需要其他医疗保险协助，可在Washington Healthplanfinder (wahealthplanfinder.org)进行申请。如果本人需要财务补助或食品券，可在DSHS社区服务办公室或Washington Connection (washingtonconnection.org)进行申请。
- 本人必须在15个工作日内回复对额外信息的请求，否则本人的申请将被拒，且本人可能需对通过家庭生育计划服务提供者办公室产生的所有费用负责。

9.可选的授权代表(AREP)

姓名/组织 _____ 电话号码 _____

邮寄地址 _____ 门牌号 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

10.声明与签名

本人已经阅读并理解此申请表格中的内容。本人特此声明，据本人所知，本人在此申请表格中所提供的情况属实、正确且完整。若有不实之词，愿受伪证罪处罚。

申请人签名

日期

请采用下列方法之一，将填妥的表格寄还给医疗保健计划管理部：

- 邮寄：HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- 传真：1-866-841-2267
- 电话：1-800-562-3022
- 电子邮件：apple@hca.wa.gov