

Washington Apple Health 老年人、盲人或残疾人/長期服務與支援申請

若存在以下情況，請使用該申請來瞭解或有資格獲得的醫療保險：

- 您需長期服務與支援(LTSS)，譬如養老院照護、輔助生活設施、成人家庭照護、家庭照護計劃或老年成人定制支援服務(TSOA)。
- 您或您家中某人具有Medicare。
- 您需幫助來支付Medicare保費或共同保險費用。
- 您或您家中某人年滿65歲或更大。
- 您或您家中某人有殘疾且無Medicare。
- 對於TSOA：您年滿55歲或更大，且您或您的無薪看護人需要支援

注意：若您為下列狀況，請登入wahealthplanfinder.org或撥打1-855-923-4633，透過Washington Healthplanfinder 申請或續保Apple Health：

- 是19歲至64歲成人。
- 為孩子申請。
- 是父母或有孩子的照護者。
- 是孕婦或為孕婦申請。

網上申請更快速

- 您可於washingtonconnection.org提交網上申請表

申請時需提供的資訊：

- 社保號
- 出生日期
- 移民身份
- 收入資訊
- 經濟資源和資產資訊 (如銀行賬戶餘額、股票、債券、信託、退休賬戶)

我們為何索要這麼多資訊？

- 我們將利用該等資訊來確認您有資格獲得的醫療保險。我們依法律要求對您提供的資訊保密。

將填妥並簽字的申請表傳送至

對於基於殘障的Apple Health、難民保險和針對65+老年人的保險，以及幫助支付Medicare保費和費用的計劃

- 將您的申請表郵寄至：
DSHS
Community Services Division - Customer Service Center
PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- 將您的申請表傳真至1-888-338-7410
- 將您的申請表帶至當地的社區服務辦公室(CSO)。
- 具體地點請參見dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office
- 於washingtonconnection.org網上申請
- 撥打1-877-501-2233申請

對於長期服務與支援保險，譬如養老院照護、居家個人照護、輔助生活設施、成人之家計劃和TSOA

- 將您的申請表郵寄至：

DSHS

Home and Community Services

PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826

- 要找到當地的家庭與社區服務處(HCS)辦公室，請造訪 dshs.wa.gov/office-locations
- 將您的申請表傳真至1-855-635-8305
- 於washingtonconnection.org網上申請
- 有關更多的LTSS資源，請造訪dshs.wa.gov/altsa/resources
- 要瞭解更多TSOA資源，請撥打1-855-567-0252或聯絡您當地的耆英服務地區代理處(AAA)與家庭看護人專員溝通。
尋找當地的AAA辦公室：waclic.org

醫療保險計劃之權利與責任

您對所有醫療保險計劃之權利 (我們必須)

幫助您閱讀和填寫所有必要的表格。您可撥打1-877-501-2233向社會福利服務部(DSHS)尋求協助。

當與DSHS或醫療保健計劃管理部(HCA)溝通時，為您免費提供無延遲的口譯或筆譯服務。

對您的私人資訊保密，但我們或會與其他州和聯邦機構、金融機構和HCA承包商人分享些許資訊，以達到確認資格和參保之目的。

若您不同意DSHS或HCA做出的影響您獲得醫療保險、長期服務與支援(LTSS)或健康計劃資格的決定，為您提供上訴機會。若您提起上訴，您的個案將會被複審。有關DSHS計劃上訴之資訊，可撥打1-877-501-2233聯絡DSHS客戶服務聯絡中心或拜訪當地的社區服務辦事處。

若上訴係針對個案複審未解決的Washington Apple Health保險決定，將會安排您參加行政聽證。

公平地對待您。歧視係違法行為。 DSHS和HCA遵守適用的聯邦民權法律，不得基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別進行歧視。DSHS和HCA不因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而排斥他人或區別對待他人。

DSHS和HCA亦遵守適用的州法律，不因信仰、性別、性別表達或身份、性取向、婚姻狀況、宗教、光榮退役退伍軍人或軍人身份，或殘疾人使用經訓練的導盲犬或服務動物而進行歧視。

DSHS和HCA：

- 為殘疾人提供免費的幫助和服務，以便他們能夠與我們有效溝通，譬如：
 - 符合資格的手語口譯員
 - 其他格式的書面資訊 (大字體、音訊、可存取的電子格式、其他格式)
- 為母語非英語之人士提供免費語言服務，譬如：
 - 符合資格的口譯員
 - 其他語言書寫的資訊

如需該等服務，請撥打1-877-501-2233。

若認為DSHS或HCA未能提供該等服務或以其他方式進行歧視，可提起申訴至：

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• DSHS
收件人：Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
傳真：1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov | <ul style="list-style-type: none">• HCA法律服務處
收件人：Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98504-2704
1-855-682-0787
傳真：1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov |
|--|--|

您可親自遞交或透過電話、郵寄、傳真或電子郵件提交申訴。如需幫助來填寫申訴書，DSHS選民服務或HCA法律服務部可幫助您。

您亦可透過電子方式於<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>向美國衛生和人類服務部民權辦公室提起民權投訴，或透過郵寄或電話：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)。

投訴表位於www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html。

您對所有醫療保險計劃之責任（您必須）

SSN和移民身份披露。 除些許例外情況之外，您須提供您自己或家中任何其他想要申請醫療保險之家人的社保號(SSN)或移民檔案號碼。申請醫療保險保費稅收抵免時必須提供SSN。我們透過確認您的身份、公民身份、移民身份、出生日期和其他醫療保險的可用性來確定您的資格。我們不與其他移民機構分享該等資訊。

可為您的些許家庭成員申請保險，但不能為其他人申請。若您沒有所有家庭成員的SSN或移民檔案編號，其他人仍可申請並獲得保險。譬如說，即便您沒有資格獲得保險，您亦可為您的子女申請。申請不會影響您的移民身份或成為永久居民或公民的機會。

亦有些許Washington Apple Health計劃係針對那些無法證明自己於美國合法居留之人士。然而，若您選擇不為您家中的某人提供SSN或移民檔案號碼，則我們將需與您跟進，以獲取有關非申請人收入之資訊。

若機構要求，則需提供決定您是否合資格所需之任何資訊或證據。

您應瞭解的關於所有醫療保險計劃的事情

有些州和聯邦法律管理Washington Connection和州管理的申請系統的運行、您作為其使用者的權利和責任，以及您從使用它們中獲得的保險。透過使用該等系統，您同意遵守適用於該等系統使用者的法律以及他們由此獲得的保險。

1973年的《全國選民登記法》要求所有州透過其公共援助辦公室進行選民登記協助。申請登記或拒絕登記投票不會影響本機構為您提供的服務或福利。您可於www.vote.wa.gov登記投票或撥打1-800-448-4881訂購選民登記表。

《健康保險流通與責任法案》(HIPAA)限制封鎖HCA和DSHS與任何人（包括授權代表）討論您或您的任何家庭成員的健康資訊，除非該個人擁有授權書或您簽署了授權披露該資訊的同意書。這包括披露心理健康資訊、HIV、AIDS、STD檢測結果或治療和化學品依賴服務。

《平價醫療法案》禁止DSHS和HCA在未經您同意的情况下，將您或您任何家庭成員之個人身份資訊(PII)提供給未經授權接收該等資訊之任何人。

您提供給DSHS和HCA的資訊須經聯邦和州官員核實，以確定您是否有資格享受醫療保險。核實可包括與機構工作人員的後續聯絡。

HCA和DSHS不負責管理您的醫療保險計劃。您的醫療保險承保商可提供有關您福利的更多資訊。**若您對醫療保險計劃之條款有疑問，包括您有資格享受哪些福利，以及提出福利索賠或對拒絕享受福利提出上訴，皆應聯絡您的醫療保險承保商。**

您可透過兒童撫養處(DCS)申請撫養費強制執行服務。要獲得該等服務之申請表，請登入www.childsupportonline.wa.gov或聯絡當地的DCS辦公室。

您僅對Washington Apple Health之權利（我們必須）

於您詢問時**向您解釋您的權利與責任。**

容許您提交部份申請，其中至少包括您的姓名、地址和簽名或申請人授權代表的簽名。我們收到部份申請的那天即為您的申請日期，這或會影響您的保險何時生效。在您完成申請之前，我們不會對您的保險做出最終決定。

容許您使用WAC 182-503-0005下列出的任何方法**提交申請或部份申請。**

迅速辦理您的申請，不晚於WAC 182-503-0060中指出的時間線。

您有10個日曆日的時間來提供我們確定資格條件所需的資訊。若您要求更多時間，我們將會提供給您。若您未提供給我們資訊並未要求更多時間，我們可拒絕、關閉或變更您的醫療保險。

若您難以獲得我們確定您資格條件所需的任何資訊或證據，我們可幫助您。若我們要求的資料將需要您花錢，我們將傳送它並支付費用。

大多數情況下，我們會在停止您醫療保險前至少10天通知您。

大多數情況下，我們會在45天內為您提供書面決定。些許殘障人個案的醫療保險或需60天。我們會在15天內就懷孕醫療提供書面決定。

若我們對您的個案進行稽核，容許您拒絕與調查人員交談。您不必讓調查人員進入您家。您可讓調查人員於其他時間回來。該等要求不會影響您獲得醫療保險的資格條件。

依據WAC 182-504-0125，在我們決定您是否有資格參加其他計劃的同時，可繼續Washington Apple Health保險。

若您有資格，為您提供與WAC 182-503-0120中所述同等的便利服務。

您僅對Washington Apple Health之責任（您必須）

在發生變更的30天內，依照WAC 182-504-0105和WAC 182-504-0110之要求報告變更。閱讀您的批准函，瞭解您必須報告的變更。

依照要求**完成更新。**

將所需的資訊提供給醫療服務提供者，以便我們支付醫療服務賬單。

申請Medicare（若您有資格）。

依照要求**與品質保證工作人員合作。**

當您要求或獲得Washington Apple Health時，**申請並盡合理努力**從其他經濟來源獲得潛在收入。

您應瞭解的僅關於Washington Apple Health的事情

由於申請並獲得Washington Apple Health，您將把您對醫療費用支付義務付款以及與醫療保健相關的任何第三方付款之一切權利都交予華盛頓州政府。

該機構可向兒童免疫跟循記錄系統提供您孩子的免疫史。

您報告的資訊或會提供給DSHS，以確定醫療保險、現金援助、食品援助和育兒補貼等計劃的資格和每月福利。

依據法律，華盛頓州可透過遺產索討（RCW 41.05A.090、RCW 43.20B.080和WAC第182-527章）從您的遺產中收回其為某些類型醫療服務支付的費用。直至您去世、您的尚存配偶去世，以及您的尚存子女年滿21歲或更大時，方能索討遺產。若某個尚存的子女於您去世時失明/殘疾，亦不會發生這種情況。可索討成本包括：

- 某些Washington Apple Health長期服務與支援，若您在獲得服務時年滿55歲或更大；
- 某些僅由州政府資助的服務，不論您在獲得服務時有多大年齡。

WAC 182-527-2742下列出了可索討成本的服務。WAC 182-527-2746下列出了不可索討的資產。

若您被永久收容，州政府亦可在任何年齡對您的不動產申請死亡前留置權(WAC 182-527-2734)。州政府可透過出售房產或您的不動產進行索討，除非：

- 您的配偶住在房產中；
- 您的兄弟姐妹住在房產中，係共同所有人，並且符合某些條件。
- 您的子女住在房產中，係盲人/殘疾人；或者
- 您的子女住在房產中，且未滿21歲。

WAC 182-527-2734下列出了依照死亡前留置權可索討成本的服務。

若您向醫療服務提供者尋求不必要的醫療服務，則或僅限於一家醫療服務提供者、藥房和/或醫院。

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេវលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ພຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره (مطالب) 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚዎችን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Washington Apple Health 老年人、盲人或殘疾人/長期服務與支援申請

1

申請人姓名和聯絡資訊

名字 (自己)

中間名縮寫

姓氏

當事人ID编号 (若適用)

申請人或授權代表簽名

您的居住地 (必填)

縣

城市

州

郵遞區號

若您無實體地址，請選中該方塊

郵寄地址 (若與住址不同)

縣

城市

州

郵遞區號

主要電話號碼

手機

電子郵件

若生活在照護機構中，請列出機構名稱和地址 (若與上方地址不同)：

機構名稱

機構地址

縣

城市

州

郵遞區號



18005

2**申請的計劃**

我、我的配偶或我的家人正申請：

居家看護人服務	老年人、盲人或殘疾人醫療保險
輔助生活/成人之家	醫療儲蓄計劃
療養院	殘疾工人Apple Health保險(HWD)
老年成人定制支援服務(TSOA)	

3**尚欠醫療費用帳單情況**

您或您正申請幫助的任何人是否需要幫助支付當月之前3個月內發生的任何未付醫療帳單？ 是 否 若是如此，請列出是誰：

4**語言資訊**

您或您申請的任何人是否需要翻譯或接收另一種語言的文檔？ 是 否

若回答「是」，您需要哪種語言或哪種替代版本格式？列出所有適用項： _____

5**關於您和您家庭的資訊**

請列出您自己、配偶及與您同住的依親者（即便您並未為他們申請）（必要時可加頁）。

		本人	
姓名（名，中間名，姓）	先天性別	與您的關係？	出生日期
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

社保號(SSN)* 您是否想要為此人投保？ 是 否

公民或非公民身份：（選擇一項）

美國公民 是 否 華盛頓州居民 是 否

您是否係西班牙裔或拉美裔？（自願填寫）

古巴人 墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人 非西班牙人/西班牙裔
其他西班牙人/西班牙裔 波多黎各人

種族（自願填寫 – 選擇最多五個適用項）

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民	華人	韓國人	泰國人
亞裔	菲律賓人	寮國人	越南人
亞裔印第安人	關島人	其他太平洋島民	白人

黑人或非裔美國人

夏威夷人

其他種族

柬埔寨人

日本人

薩摩亞人

姓名 (名, 中間名, 姓)

先天性別

與您的關係?

出生日期

社保號(SSN)*

您是否想要為此人投保?

是 否

公民或非公民身份: (選擇一項)

美國公民 是 否

華盛頓州居民 是 否

您是否係西班牙裔或拉美裔? (自願填寫)

古巴人

墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人

非西班牙人/西班牙裔

其他西班牙人/西班牙裔

波多黎各人

種族 (自願填寫 – 選擇最多五個適用項)

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民

華人

韓國人

泰國人

亞裔

菲律賓人

寮國人

越南人

亞裔印第安人

關島人

其他太平洋島民

白人

黑人或非裔美國人

夏威夷人

其他種族

柬埔寨人

日本人

薩摩亞人

姓名 (名, 中間名, 姓)

先天性別

與您的關係?

出生日期

社保號(SSN)*

您是否想要為此人投保?

是 否

公民或非公民身份: (選擇一項)

美國公民 是 否

華盛頓州居民 是 否

您是否係西班牙裔或拉美裔? (自願填寫)

古巴人

墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人

非西班牙人/西班牙裔

其他西班牙人/西班牙裔

波多黎各人

種族 (自願填寫 – 選擇最多五個適用項)

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民	華人	韓國人	泰國人
亞裔	菲律賓人	寮國人	越南人
亞裔印第安人	關島人	其他太平洋島民	白人
黑人或非裔美國人	夏威夷人	其他種族	
柬埔寨人	日本人	薩摩亞人	

姓名 (名, 中間名, 姓) _____ 先天性別 _____ 與您的關係? _____ 出生日期 _____

社保號(SSN)* _____ 您是否想要為此人投保? 是 否

公民或非公民身份: (選擇一項)

美國公民 是 否 華盛頓州居民 是 否

您是否係西班牙裔或拉美裔? (自願填寫)

古巴人 墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人 非西班牙人/西班牙裔
其他西班牙人/西班牙裔 波多黎各人

種族 (自願填寫 – 選擇最多五個適用項)

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民	華人	韓國人	泰國人
亞裔	菲律賓人	寮國人	越南人
亞裔印第安人	關島人	其他太平洋島民	白人
黑人或非裔美國人	夏威夷人	其他種族	
柬埔寨人	日本人	薩摩亞人	

姓名 (名, 中間名, 姓) _____ 先天性別 _____ 與您的關係? _____ 出生日期 _____

社保號(SSN)* _____ 您是否想要為此人投保? 是 否

公民或非公民身份: (選擇一項)

美國公民 是 否 華盛頓州居民 是 否

您是否係西班牙裔或拉美裔? (自願填寫)

古巴人 墨西哥人/墨西哥裔美國人/奇卡諾人 非西班牙人/西班牙裔
其他西班牙人/西班牙裔 波多黎各人

種族 (自願填寫 – 選擇最多五個適用項)

美洲印第安人或阿拉斯加本土居民	華人	韓國人	泰國人
亞裔	菲律賓人	寮國人	越南人
亞裔印第安人	關島人	其他太平洋島民	白人
黑人或非裔美國人	夏威夷人	其他種族	
柬埔寨人	日本人	薩摩亞人	

*HCA不會出於移民執法目的與任何移民機構分享該等資訊。若您無SSN，請將這裡留空。

6

一般資訊

- 過去30天裡，我、我的配偶或我的家人是否從其他州、部落或其他來源獲得了醫療保險？
是 否 若回答「是」，請說明 _____
- 我、我的配偶或我的家人是否從其他州獲得了補充性保障收入(SSI)？
是 否 若回答「是」，請列出是誰？ _____
- 我、我的配偶或我的家人是否是受贊助的移民？
是 否 若回答「是」，請列出是誰？ _____
- 我、我的配偶或我的家人是否曾在美國武裝部隊、國民警衛隊或預備役部隊服役，或是服役人員的依親者或配偶？
是 否 若回答「是」，請列出是誰？ _____
- 我是否有未與我住在一起且尚未包括在我的申請表中的納稅依親者？
是 否 若回答「是」，請列出納稅依親者的姓名 _____

- 我： 單身 已婚，與配偶住在一起 已婚，與配偶分居 離異 喪偶
已登記的同居伴侶關係 合法分居

7

就業或自僱收入 (附上證明)

勞動收入係指從就業或自僱業中獲得的收入，範例*包括

就業：

- 在表格W-2方塊1中扣繳聯邦所得稅的薪水、薪金或小費
- 獎金和傭金。
- 養老金計劃付款。
- 僱主未預扣稅款的工作收入 (譬如零工經濟工作)

- 駕駛汽車預定乘車或送貨
- 跑腿或做任務
- 線上銷售商品
- 提供創造性或專業性服務
- 提供其他臨時、按需或自由職業工作
- 工會罷工帶來的福利金

自僱：

- 擁有或經營企業
- 擁有或經營農場
- 牧師或宗教教團成員
- 法定僱員並有收入

***來源:** [irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables](https://www.irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables)

1. 我、我的配偶或我正在申請的某人有來自工作的收入 是 否 若回答「是」，請填寫該部份。

2. _____
 誰賺取該收入: _____ 僱主的名稱 _____ 僱主的電話號碼 _____
 _____ 該工作是否是自僱業? 是 否
 開始日期 _____
 獲得的總金額 (扣除前的美元金額) _____ 每: 小時 週 兩週
 每月兩次 月

 每週小時數 _____ 支付日期 (譬如1號和15號, 或每週五) _____

3. _____
 誰賺取該收入: _____ 僱主的名稱 _____ 僱主的電話號碼 _____
 _____ 該工作是否是自僱業? 是 否
 開始日期 _____
 獲得的總金額 (扣除前的美元金額) _____ 每: 小時 週 兩週
 每月兩次 月

8 其他收入 (針對所有家庭成員) (附上證明)

1. 其他收入的示例:

- 兒童撫養費或配偶撫養費
- 教育福利 (學生貸款、撥款、勤工儉學)
- 博彩收入
- 餽贈 (現金支援/餽贈卡)
- 利息/股息
- 勞工與工商服務部(L&I)
- 鐵路福利金
- 租金收入
- 退休金或養老金
- 銷售合同/期票
- 社保
- 補充性保障收入 (SSI)
- 部落收入
- 信託
- 失業保險金
- 退伍軍人管理局 (VA) 或軍人福利
- 其他

2. 列出您、您的配偶或您申請的任何人獲得的其他收入:

其他收入類型	誰獲得該收入	每月總金額	誰獲得該收入	每月總金額
其他收入類型	誰獲得該收入	每月總金額	誰獲得該收入	每月總金額
其他收入類型	誰獲得該收入	每月總金額	誰獲得該收入	每月總金額
其他收入類型	誰獲得該收入	每月總金額	誰獲得該收入	每月總金額
其他收入類型	誰獲得該收入	每月總金額	誰獲得該收入	每月總金額

3. 我、我的配偶或我的家人是否從年金投資中獲得收入？ 是 否

誰擁有年金	公司或機構	金額或價值	月收入	購買日期
誰擁有年金	公司或機構	金額或價值	月收入	購買日期

9

住房開支 (申請LTSS時需附上證明)

租金	抵押貸款	空間租金	房主保險	房產稅	其他費用
----	------	------	------	-----	------

您是否得到其他人或機構的幫助，譬如支付全部或部份該等費用的補貼住房？

是 否 若回答「是」，請列出是誰？ _____

10

扣除項

1. 我、我的配偶或我正在申請的某人支付或應該支付：

兒童或成人依親者照護	月度金額	支付人
法院命令的兒童撫養費	月度金額	支付人
收款人費用	月度金額	支付人
監護費用	月度金額	支付人
法院命令的律師費	月度金額	支付人
經常性醫療費用 (包括您支付的Medicare或其他健康保險保費)	月度金額	支付人

2. 我、我的配偶或我正在申請的某人是否擁有醫療費用？

醫療費用類型	發生的日期	擁有的金額	擁有人
醫療費用類型	發生的日期	擁有的金額	擁有人
醫療費用類型	發生的日期	擁有的金額	擁有人

3. 我、我的配偶或我正在申請的某人是否有殘疾，正在工作，並且有支援就業的費用？這些被稱為損害相關工作費用(IRWE)：

是 否 若回答「是」，請指明IRWE金額 _____

11

經濟資源 (附上證明)

(若僅申請醫療儲蓄計劃(MSP)或殘疾工人Apple Health保險(HWD)，則跳過該部份)

1. 經濟資源係指您擁有或正在購買的任何東西，可以出售、交易或轉換為現金或他人持有的貨幣。經濟資源不包括諸如傢俱、家居用品或衣物等私人物品。經濟資源的範例：

- 現金
- 支票帳戶
- 儲蓄帳戶
- 定期存單
- 貨幣市場帳戶
- 存款債券
- 債券
- 共同基金
- 股票
- 年金
- 信託
- IRA
- 401K
- 退休基金
- 房屋，包括您住的房屋
- 喪葬基金
- 公寓
- 土地
- 銷售合同
- 樓宇
- 終身地產
- 人壽保險
- 預付殯葬計劃
- 大學基金
- 分時度假公寓
- 企業設備
- 農場設備
- 牲畜

2. 列出您、您的配偶或您申請的任何人擁有或正在購買的經濟資源：

經濟資源類型	擁有人	地點	價值	擁有人	地點	價值
經濟資源類型	擁有人	地點	價值	擁有人	地點	價值
經濟資源 類型	擁有人	地點	價值	擁有人	地點	價值
經濟資源類型	擁有人	地點	價值	擁有人	地點	價值

3. 我、我的配偶或我正在申請的某人是否有轎車、卡車、廂式貨車、船隻、休閒車、拖車或其他機動車輛：

年份 (譬如2010年)	製造商 (譬如福特公司)	型號 (譬如Escort)	擁有的金額
出租時勾選	用於醫療目的時勾選		
年份 (譬如2010年)	製造商 (譬如福特公司)	型號 (譬如Escort)	擁有的金額
出租時勾選	用於醫療目的時勾選		

12

其他LTSS資源 (僅當申請LTSS服務時填寫)

1. 我、我的配偶或我正在申請的某人是否擁有或正在購買作為主要住宅的房子：

房產地址	目前價值 (依據評估員)	房產貸款金額
房產地址	目前價值 (依據評估員)	房產貸款金額

2. 我、我的配偶或我正在申請的某人在過去五年中是否曾出售、交易、贈送或轉讓過經濟資源（包括房產信託、車輛、現金或終身房產）？ 是 否 若回答「是」，則填寫以下：（必要時加頁）

經濟資源類型	轉讓日期	轉讓經濟資源的價值	受讓人
經濟資源類型	轉讓日期	轉讓經濟資源的價值	受讓人

13

長期照護保險（醫療儲蓄計劃不需要）

我/我們是否有長期照護保險？ 是 否 這是否是符合資格條件的LTC Partnership (LTCP)保單？ 是 否 若回答「是」，請列出保險公司的名稱和保單涵蓋的人：

保險公司	保單號	投保人的姓名	涵蓋的人	美元價值（若是 LTCP）
保險公司	保單號	投保人的姓名	涵蓋的人	美元價值（若是 LTCP）

要包含該申請表的任何附加備註，請加頁填入資訊。

14

授權代表資訊

授權代表係指瞭解家庭情況並經家庭授權代表家庭進行資格審查的任何成年人。

透過指派授權代表，您容許您的授權代表：

- 代表您簽署申請表；
- 接收有關您的申請和賬戶的通知；以及
- 代表您對所有有關申請和賬戶之事宜採取行動。

1. 您是否指派授權代表？ 是 否
2. 您是否想要您的授權代表接收有關您的申請和賬戶的通知？
是 否
3. 該授權代表是否有合法監護權？
是 否 若回答「是」，請指明對誰： _____
4. 該授權代表是否有授權書？
是 否 若回答「是」，請指明對誰： _____

授權代表姓名/組織

電話號碼

電子郵件地址

授權代表的郵寄地址

向州政府償還醫療保險和長期照護費用：

依據法律，華盛頓州可透過遺產索討（RCW 41.05A.090、RCW 43.20B.080和WAC第182-527章）從您的遺產中收回其為某些類型醫療服務支付的費用。直至您去世、您的尚存配偶去世，以及您的尚存子女年滿21歲或更大時，方能索討遺產。若某個尚存的子女於您去世時失明/殘疾，亦不會發生這種情況。可索討成本包括：

某些Washington Apple Health長期服務與支援，若您在獲得服務時年滿55歲或更大。

某些僅由州政府資助的服務，不論您在獲得服務時有多大年齡。

WAC 182-527-2742下列出了可索討成本的服務。WAC 182-527-2746下列出了不可索討的資產。

若您被永久收容，州政府亦可在任何年齡對您的不動產申請死亡前留置權(WAC 182-527-2734)。州政府可透過出售房產或您的不動產進行索討，除非：

- 您的配偶住在房產中；
- 您的兄弟姐妹住在房產中，係共同所有人，並且符合某些條件；
- 您的子女住在房產中，係盲人/殘疾人；或者
- 您的子女住在房產中，且未滿21歲。

WAC 182-527-2734下列出了依照死亡前留置權可索討成本的服務。

權利轉讓與合作：

您明白，當您獲得Washington Apple Health保險時，您會將第三方醫療付款指派給華盛頓州。即是說，華盛頓州將對任何其他法律上有義務支付您任何醫療費用的保險計劃（這可能是您的前配偶或不再與您同居的父母的保險計劃）開具賬單。該保險計劃的投保人可以收到有關該計劃支付的醫療費用的資訊。若您擔心這會危及您或您的子女，您可以要求我們不要尋求第三方醫療付款。

年金聲明：

若您或您的配偶擁有年金權益，並且您接受Washington Apple Health (Medicaid)長期護理福利，您必須將華盛頓州列為年金的餘額受益人。

行政聽證權利：

若您不同意我們就您的醫療保險或長期照護服務做出的決定，您有權透過行政聽證程序對該決定提出上訴。您亦可要求一名主管和管理員審查有爭議的決定或行動，而不影響您的行政聽證權利。

本人明白，本人提供的申請或更新援助的資訊將由聯邦和州官員核實，以確定其是否正確。本人授權華盛頓州醫療保健計劃管理局(HCA)和社會福利服務部(DSHS)進行資產驗證，以確定本人的資格並驗證本人財務資訊之準確性。本人明白，HCA和DSHS或會調查並聯絡任何金融機構，作為資產驗證流程的一部份。本人明白，當對本人的申請做出最終不利決定時，本人的福利資格終止，或者若本人在任何時候向HCA或DSHS提供書面通知撤銷該授權，則該授權終止。若本人撤銷或拒絕提供授權，本人明白，本人將沒有資格參加任何Washington Apple Health老年人、盲人或殘疾人（SSI相關）Medicaid計劃。

撤銷或拒絕授權資產驗證不會影響老年成人定制支援服務(TSOA)之資格條件。

該部門提供選民登記服務，包括自動選民登記。

申請登記或拒絕登記投票將不會影響您可能從該機構獲得的服務或福利金額。 若您需要幫助填寫選民登記表，我們將幫助您。是否尋求或接受幫助完全由您自行決定。您可私下填寫選民登記表。若您認為有人干涉了您的登記權或拒絕登記投票權，干涉了您在決定是否登記或申請登記投票時的隱私權，或干涉了您選擇自己政黨或其他政治偏好的權利，您可投訴至：Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504，傳送電子郵件至 elections@sos.wa.gov，或撥打1-800-448-4881。

您是否想要登記投票或更新您的投票人登記資料？ 是 否

若您未勾選任一核取方塊，我們將會認為您已決定此時不登記投票，除非您有資格且不拒絕自動選民登記。

除非您於上方勾選「否」，否則您或有資格進行自動選民登記。若您在下次選舉前年滿18歲，您是美國公民，並且 DSHS有您的姓名、居住地址和郵寄地址、出生日期、公民身份資訊驗證，以及您的簽名，以證明本申請表中所提供資訊之真實性，則您有資格進行自動選民登記。

您是否想要自動登記投票？ 是 否

若您勾選了標有「是」的核取方塊，或者未勾選任何一個核取方塊，並且您符合自動選民登記資格要求，則DSHS將向州務卿辦公室傳送您的資訊，而您將會自動登記投票。

若要分享意見或提供更多資訊，請附加一張紙。

本人已閱讀並理解此申請表格中的資訊。本人特此聲明，據本人所知，本人於該申請書中提供之資訊，包括有關申請福利成員的公民身份和移民身份之資訊屬實、正確且完整。若有不實之詞，願受華盛頓州法律的偽證罪處罰。

當事人簽名

電話號碼

日期

配偶簽名

電話號碼

日期

未成年子女當事人家長簽名

電話號碼

日期

授權代表或助手簽名

電話號碼

日期