

儿童医疗福利待遇申请表 APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS



此申请表用于为19岁以下的儿童和青少年申请医疗保险福利。任何人都可以替儿童提出申请。儿童和青少年也可以代表他们自己提出申请。我们将把全部后续资料都提供给方框1中的列名者。如果您有任何疑问或者希望在填写此表格时得到帮助，请打电话联系，号码是1-877-543-7669。我们将乐于为您提供帮助！

请使用蓝色或黑色墨水笔工整填写。切勿用铅笔填写。（请列明将接获后续资料的家长、法定监护人或联系人）

1. 名字		中间名缩写	姓氏
2. 您的居住地址		街道名称与门牌号码	城市 州 邮政编码
3. 邮寄地址（若与街道地址不同，则须填写）		城市	州 邮政编码
4. 电话号码	5. 您在英语的说、读、写方面是否有困难？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
住宅电话 ()	您需要哪种语言或哪种替代版本格式？ _____		
工作电话 ()	您是否需要一位口译人员？（若是如此，我们将透过口译人员为您提供帮助。）		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
留言电话 ()	您讲哪种语言？ _____		
6. 您家是否有19岁以下的子女患有需立即得到治疗的病症？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您家里是否有人怀孕？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若回答“是”，请问是何人？ _____			

一般情况

7. 请列出居住在一起的家庭成员。（可视需要另加附页列出其他的家庭成员。）

姓名 (名字、中间名、姓)	性别 男性或 女性	与您的关系	出生日期 (月/日/年)	社会安全号码 * = 自愿填写	美国 公民 是 否	出生地点 (城市/州)	若儿童 不是 美国公民，则应填写
A. 家长、监护人或儿童本人				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		列出子女抵 达美国的日 期
B. 配偶或其他家长 (若在家居住)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C. 列出19岁以下的儿童和青少年 (希望获得医疗福利者)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. 列出家中其他的成人/儿童 (不希望获得医疗福利者)				*		注意：请随附显示儿童身份的证明文 件。	
				*			

8. 您家里是否有19岁以下且患有残障的儿童？ 是 否 若回答“是”，请问是何人？

费用开支 这一情况有助于使您的孩子符合资格。

9. 您是否为上班期间的托儿服务而支付费用？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答“是”，每月金额多少？ \$
在您上班时，您是否付费请其他人照顾患有残障并由您赡养的成人？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答“是”，每月金额多少？ \$
10. 您是否为不在您家居住的子女支付法庭命令中规定的儿童赡养费？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答“是”，每月金额多少？ \$

请填写（扣税或扣除开支前的）挣得收入总额。

（请随附有关收入之证明文件）

11. 家长的雇主之姓名与电话号码 开始日期:	()	家中的其它收入	最近30天内所获得的金额	哪一位家庭成员获得此项收入?
		15. 儿童赡养费	\$	
12. 最近30天内所获得的（扣税及扣除开支前的）金额为： \$ 此项收入中有多少来自自雇职业？ * \$		16. 供养费	\$	
		17. 社会安全福利金付款	\$	
		18. 失业补助金	\$	
13. 配偶（或者在您家居住的其他家长）的雇主之姓名与电话号码 开始日期:	()	19. 投资收益/利息/股息	\$	
		20. 退伍军人福利金	\$	
14. 最近30天内您的配偶（或者在您家居住的其他家长）所获得的（扣税及扣除开支前的）金额为： \$ 此项收入中有多少来自自雇职业？ * \$		21. 劳工与工商保险	\$	
		22. 军人养家费	\$	
		23. 其它（请解释）：	\$	
*如果您或您的配偶（或者在您家居住的其他家长）从事自雇职业，您可能还会有其它扣减。请打电话向1-877-KIDS-NOW询问详细情况或请求该处协助您办理申请手续。		24. 您是否需要帮助您代其申请福利的任何子女支付- 过去三个月内 - 尚未付清的医疗账单？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若回答“是”，请提交您希望让本处审阅的全部家庭收入文件之副本。		

健康保险情况 如果您的子女目前已有健康保险，请将有关情况告诉我们。

25A. 您代其申请福利的子女中，是否有人已有健康保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	25B. 若回答“是”，这一保险是否支付医生门诊、住院、X光（放射科检查）以及化验费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	26A. 在过去4个月中，您的子女是否享受由工作单位提供的健康保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	26B. 若回答“是”，子女的保险费是否低于每月\$50？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
27. 如果在回答以上任何问题（25 A或B或26 A或B）时，您勾选了“肯定”答案，请列出保险公司的名称或者为您的子女提供健康保险之雇主名称或姓名。			
保险公司或雇主	保单号码	保单持有人姓名	保单持有人的社会安全号码（自愿填写）

儿童的种族/族裔背景（自愿填写内容）

我们请您自愿告诉本处您的种族或族裔背景。这一情况将不用于考虑您是否有资格享受福利。	<input type="checkbox"/> 美国印第安人或阿拉斯加本土居民	<input type="checkbox"/> 亚裔	<input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美国人
	<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔	<input type="checkbox"/> 夏威夷土著或其他太平洋群岛居民	
	<input type="checkbox"/> 白人	其它： <input type="checkbox"/>	
禁止在社会福利服务部的任何计划和活动中进行歧视。禁止以种族、肤色、宗教信条、政治信仰、原国籍、宗教、年龄、婚姻性别或残障为由而拒绝于任何人参加这些计划及活动。			

请仔细阅读，然后签名

此申请表格仅限于为子女申请医疗保险福利。若您家中有任何成员已获得或愿意申请现金补助、基本食品补助或其它福利，请与当地社会福利服务部社区服务办事处(CSO)联系。

- 为确定您是否符合资格，社会福利服务部可能会要求您提供证明，以证实您提供给他们的情况。您可以请社会福利服务部协助获取证明文件。
- 其它州的机构或联邦机构可能会审阅您的有关情况。这一情况将不会向美国移民局(INS)披露。
- 由于您申请并获得医疗保健福利，您将把您对医疗费用支付义务付款以及与医疗保健有关的任何第三方付款的一切权利都交给华盛顿州政府。
- 社会福利服务部可能会向儿童免疫追踪系统提供您孩子的免疫史。

声明与签名：我已阅读并理解此申请表格中的内容。本人特此声明，据我所知，我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
-------	----

提交方法

请邮寄至以下地址：
Department of Social and Health Services
PO Box 45449
Olympia, WA 98504-5449



提供帮助：如果您需要帮助或有任何疑问，请电询：
1-877-KIDS-NOW.
(1-877-543-7669)

