3925_Maximus_CHT 11/21/03 6:25 PM Page 1

申　請　表

health wave
與堪薩斯州的健康護理一同前進

HEALTHCONNECT Kansas

1-800-792-4884　　1-800-792-4292 (TTY)

申請程序協助：

在問題 2 中，如果您想指明自己所屬的種族/人種，請以下述的一個字母標誌表示：

- ***A:*** *美國原住民或阿拉斯加原住民*
- ***B:*** *黑人或非洲裔美國人*
- ***H:*** *西班牙人或拉丁美洲人*
- ***P:*** *太平洋島國居民或夏威夷原住民*
- ***S:*** *亞裔人*
- ***W:*** *白人*

在問題 2 中，如果已懷孕，請在全名欄中填寫「未出生的孩子」，並填寫其父母的姓名。

在問題 3 中，您必須提供過去三個月的薪水單或由您雇主開具的過去三個月您總薪資的證明。請確認此應包括任何其他類型的收入。

在問題 4 中，您可透過托兒機構提供的三個月收據，或有其簽名的聲明文件，以證明您在托兒方面的開支。

在問題 8 中，如果您或家庭中的任何成員在過去六個月內曾經在健康保險的保障範圍內，請做填寫。並請同時提供該保險卡的正反面影本。

如果您的收入位于以下範圍之一，您或您的孩子可能符合獲得保險保障範圍的資格。這些數據有可能會變化，也並不是取得保險資格的唯一決定因素。

對 HealthWave XXI 家庭所取得保險費不會超過其總家庭收入的 5%。

	年收入	月收入	週收入
1 口之家	$18,624	$1,552	$361
2 口之家	24,984	2,082	484
3 口之家	31,344	2,612	607
4 口之家	37,704	3,142	731
5 口之家	44,064	3,672	854
6 口之家	50,424	4,202	977
7 口之家	56,784	4,732	1,100

修訂版 07/03

For agency use only:

Date Received _____ Date Registered _____

Case Number _____

1. 申請人資訊：申請人通常是本表格的填寫人。如果您僅為孩子申請，父母或監護人將為其申請人。

申請人姓名 (包括其他曾用的名字) _____

住家地址 _____ 公寓或地段號碼 _____

城市 _____ 縣 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

郵寄地址 (若有不同) _____ 城市 _____ 郵遞區號 _____

如果我們需要其他資訊，將以電話與您聯繫。您認為甚麼時候是最方便聯絡您的時間？ ***上午***或***下午*** (請圈選一個)

住家電話號碼 (_____) _____ 公司電話號碼 (_____) _____ 留言號碼 (_____) _____可以在工作時間打電話給您嗎？ ***是***或***否*** (請圈選一個)

2. 請告訴我們您的家庭情況：請列出您家中居住的所有成員，您自己本人填寫在第一行。請註明您為誰申請。若已懷孕，請填寫「未出生的孩子」。

全名	您是否為此人申請		請為每個申請保險的人填寫以下內容			此人與您的關係？	出生日期	性別	如果懷孕，請註明預產期	種族/人種 *(可選填)*	父母的全名，*只有 18 歲以下兒童需填寫此項*	
			社會安全號碼*	美國公民								
	是	否		是	否						父親	母親
						本人						

*如欲投保健康險，需提供此人的社會安全號碼 (SSN)。提供每個人的 SSN 號碼有助於我們為您提供更好的服務。

3. 告訴我們您的收入情況：如果任何人有以下類型的收入，請完成下列表格。**請檢附過去三個月的收入證明 (*薪水單或由雇主開立的證明*)。**

自營業者請參閱第 5 節。如果空間不夠請另附紙張。

- 員工 / 小費
- 兒童補助金
- 工人撫卹金
- 軍餉
- 租金收入
- 贍養費
- 失業救濟金
- 社會安全保險 / SSI
- 家庭每月資助
- 退伍軍人津貼
- 養老金
- 其他 (投資收入、利息等)

工作或取得收入者的姓名	收入類型	如果有的話，請註明雇主姓名和電話號碼	稅前 / 減免前收入金額	小費或傭金收入金額	小時工資和每週工作小時數	工資支付頻率？每週一次、每兩週一次、每月兩次、每月一次	每週 / 月支薪的天數	下次支薪日期

4. 托兒費用：請提供過去三個月每個孩子的托兒費用證明。我們可接受托兒機構所開立的收據或證明影本。

1. 兒童姓名	您支付的金額	支付頻率	2. 兒童姓名	您支付的金額	支付頻率	3. 兒童姓名	您支付的金額	支付頻率	4. 兒童姓名	您支付的金額	支付頻率

5. 自營業者：請列出所有的自營業者，並附上其最近的完整報稅影本 (如已報稅)，或過去三個月的收入和開支證明文件的影本。

姓名	業務名稱和類型	每週工作小時數	扣減開支前的每月收入總額	每月開支總額

6. 未清償的醫療費用帳單：我們也許會支付您過去三個月未付的保健費用。如果你所申請的人在過去三個月內有未償付的醫療費用。且您希望我們查驗您是否符合該計劃的資格，請圈選*是*或*否*。您必須提供過去三個月的收入證明。

7. 託管基金：您所申請的人是否有託管基金？*是*或*否* (圈選一個)。如果是，我們將與您聯繫以瞭解更多資訊。

8. 醫療保險：請告訴我們第 1 頁中所列的任何人中－在過去的六個月內，誰享有醫療保險或曾經在任何類型的醫療保險的保障範圍內。

列出被保險人的姓名			
	1	3	5
	2	4	6

保險公司 _____ 保障範圍的種類 _____

請提供他們保險卡正面和背面的影本。 *健康、事故、主要醫療、牙科或其他*

承保日期 _____ 結束日期 _____ 如果過去六個月內曾結束任何人的健康保險，請解釋原因 _____

_____

9. 您在家主要講何種語言？(可選填) *英語* ____ *西班牙語* ____ *德語* ____ *洪族語* ____ *越南語* ____ *法語* ____ *義大利語* ____ *其他* _____

10. 重要條件和資訊發佈授權：

我理解我有權受到平等對待，這與種族、膚色、性別、年齡、殘障與否、宗教、政治信仰或國家地區無關。

我理解我提供的資訊將有權利獲得保密，除非它直接用於 HealthWave、HealthConnect、或其他福利計劃的管理。

我理解我必須提供，或為任何正申請健康福利的人申請社會安全號碼，並授權該計劃的管理人員使用這些號碼。這些號碼也將被諸如銀行、社會安全管理機構和美國國稅局等組織的電腦系統使用。

我保證我在此申請健康保險計劃，並已取得保險資格的每個人均是美國公民，或擁有合法移民身份的非美國公民。

您有可能需要為您代為申請的任何人提供移民情況證明。

我理解提供目前收入、地址和家庭成員的資訊是非常重要的。

我理解我有責任使用及報告任何有可能為我所申請的人支付任何或所有這些醫療費用的第三方資源 [如健康保險、法庭判決、醫療資助金、託管、監護等] 的法律義務。

我理解若終止使用、或無法使用第三方資源時，可能會造成某項服務費用支付的停止。

我理解，根據醫療補助計劃，我所申請的部份或全部個人若符合資格的話，將都有可能得到類似的健康保險。

我授權將該計劃中所涉及的款項直接支付給那些為我所申請的人 [若他們符合資格的話] 提供健康服務的任何醫療機構的醫師或其他服務提供者。

我理解該申請表中的問題，並理解若隱瞞資訊或提供虛假資訊將受到處罰。

我保證我已經盡我所知地回答問題，且我的回答是正確和完整的，否則願受偽證處罰。

如果我為成人和兒童申請，且其中部份成人獲得醫療保險資格，我同意就建立和加強撫養規則方面 [如果需要的話] 支援兒童援助計劃 (CSE)。如果家庭中的成人取得醫療補助資格，我同意將獲得的所有醫療補助金交給正接受醫療資助的人們。

我理解 HealthWave 和 HealthConnect 計劃中任何以第三方資源向我支付的醫療服務費用，都將用於支付所申請的醫療費用帳單，這些計劃只支付第三方資源未包括的費用部份。我同意與第三方資源醫療費用移轉機構在獲得第三方資源方面進行合作。

我授權該計劃中的醫療服務提供者可以向 SRS 部、美國衛生及公共服務部、保險公司及其他簽約的醫療服務機構發佈醫療資訊。我還授權 SRS 可與其他機構或簽約方就管理方面的目的共用醫療資訊。

這只是 HealthWave 和 HealthConnect 的一份申請表。您也可以透過當地的 SRS 辦公室申請其他醫療計劃，如老人和障殘人事計劃。

我理解如果我不同意某項決定，我有權要求進行一次公平的聽證會。必須在作出決定的 30 天內提出書面請求。

11. 簽名：該申請表必須簽名並註明日期，以認定此為完整的申請。

申請人簽名 _____ 日期 _____

配偶或其他成人（若為申請人）簽名 _____ 日期 _____

當我在此申請表上簽名時，即表明我已閱讀並理解上述內容。同時也表明我授權雇主、醫療機構、金融機構、保險公司、福利機構及其他瞭解我情況的個人或機構向 HealthWave、HeathConnect 或其他福利計劃提供有關評定我資格所需的任何資訊，包括保密資訊。本申請表中所提供的全部資訊，受州及聯邦保密法的保護。此資訊自發佈之日起生效。此授權的影本與正本具相同效力。

REV. 07/03

申　請　表

health wave
與堪薩斯州的健康護理一同前進

HEALTHCONNECT Kansas

請注意
您應該牢記的事項

請仔細閱讀並回答所附申請表中的所有問題 (如表中空間不夠，請另附紙張)。

請與申請表一併提交所有證明文件的影本 (勿寄正本)。

如果你已滿 18 歲，需另外填寫一份申請表。

請確認已在申請表上簽名並註明日期，預計在 6-8 週內即可收到關於申請的消息。

請用所附的已付郵資信封來郵寄申請表以及相關證明文件的影本。

如需其他語言的申請表、免費翻譯服務、或免費的一般申請協助服務，請致電 1-800-792-4884 或 1-800-792-4292 (TTY)。

所有的申請將先經過醫療補助計劃 (Medicaid) 的篩選。

如果您已滿或超過 18 歲，並選擇 HealthConnect，則若干醫療服務需自付 $1.00 至 $3.00 的費用。