



醫療保險及幫助支付費用申請表

在 HealthCare.gov 線上申請會更快。



使用此應用程式 了解您有資格獲得哪些保險

- Marketplace 計劃提供全面承保，幫助您保持健康。
- 稅收抵免可立即幫助您降低醫療保險的保費。
- 來自醫療補助或兒童醫療保險計劃 (CHIP) 的免費或低價的保險。某些收入水準可能符合免費或低價計劃。



誰可以使用本申請表？

- 使用本申請表為您的任何一位家人申請。
- 提出申請，即使您、您的配偶或孩子已有醫療保險。您可能符合免費或低價保險。
- 如果您是單身，您可以使用簡短的表格。請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 網站。
- 包括合格移民在內的家庭也可以申請。您可以為您的孩子申請，即使您不符合申請保險的資格。提出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。
- 如果有人幫您填寫本申請表，您可能需要填寫附錄 C。



申請時可能需要的資料

- 社會安全號碼 (SSN) (或需要保險的合法移民的任何檔號碼)。
- 您所有家人的雇主和收入訊息 (例如，工資存根，W-2 表，或工資及繳稅報表)。
- 任何現有醫療保險的保單號碼。
- 關於任何提供給您家人與工作相關的醫療保險的訊息。



我們為什麼要詢問這些訊息

我們詢問關於收入及其他的訊息是為了讓您知道您有資格獲得什麼樣的保險，以及您是否能夠獲得任何幫助來支付保費。我們會按照法律的要求保護您所提供所有訊息的隱私和安全。如需《隱私權法聲明》，請訪問 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的或查看說明。



接下來會發生什麼？

複印一份並保留，然後將完整的、簽名的申請表發送至第 10 頁上的地址。如果您沒有我們所要求的所有資料，無論如何，仍然簽字並遞交您的申請表。我們會在 1 至 2 週之內與您聯絡，如果我們需要更多資料的話，您可能會接到 Marketplace 的來電。在處理您的申請表之後，您會收到一封資格認定的信件。如果您沒有收到我們的音訊，請聯繫 Marketplace 電話服務中心。填寫本申請表並不表示您必須購買醫療保險。



獲得本申請表協助的方式

- 線上：[HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)。
- 電話：撥打 1-800-318-2596 給 Marketplace 電話服務中心。聽障人士 (TTY) 可撥打 1-855-889-4325。
- 當面：您所在的地區可能有輔導員可為您提供幫助。請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或請撥打 1-800-318-2596 給 Marketplace 電話服務中心，以獲知更多的訊息。
- 其他語言：如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打 1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。

您有權以可訪問的格式獲取您的訊息，例如大字體、盲文或音頻。如果您認為自己受到歧視，您也有權利提出申訴。請訪問 [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.cms.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice) 或致電 1-800-318-2596。TTY 用戶可以撥打 1-855-889-4325。

This product was produced at U.S. taxpayer expense.
Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of
the U.S. Department of Health & Human Services.



HealthCare.gov



只用黑色或深藍色墨水以大寫字母正楷填寫
請填滿圓圈 (○) 如此所示 → ●.

步驟 1：告訴我們關於您自己。

(我們需要您家中的一名成年人作為您申請的聯絡人。)

1. 名字	中間名	姓氏	後綴名
2. 家庭地址 (如果您沒有，請留空白。)			3. 家庭地址 2
4. 城市	5. 州	6. 郵遞區號	7. 縣
8. 郵寄地址 (如果與家庭住址不同的話)			9. 郵寄地址 2
10. 城市	11. 州	12. 郵遞區號	13. 縣
14. 電話號碼		15. 備留電話號碼	
16. 您希望透過電子郵件獲得與此項申請相關的訊息嗎? ○ 是 ○ 否			
電子郵件地址 :			
17. 首選語言 :		口頭	

步驟 2：告訴我們關於您的家庭。

您需要在本申請表中包括何人？

為您家裡的每個人完成第 2 步驟，即使此人已有醫療保險。本申請表中的訊息幫助我們確保每個人都能獲得最好的保險。您有資格獲得的補助金額或計劃類型取決於您家庭的人數以及您的家庭收入。如果您不包括某些人，即使他們已有醫療保險，您的資格結果可能會受到影響。

需要保險的成年人：

包括這些人，即使他們自己不申請醫療保險：

- 任何配偶
- 任何與他們住在一起不滿 21 歲的子女，包括繼子女
- 在同一份聯邦所得稅報稅表上的任何其他人士 (包括任何年滿 21 歲在父母的報稅表上申報為受撫養人的孩子)。您不需要報稅以獲得醫療保險。

不滿 21 歲需要保險的孩子：

包括這些人，即使他們自己不申請醫療保險：

- 任何與他們住在一起的父母 (或繼父母)
- 任何與他們住在一起的兄弟姐妹
- 任何與他們住在一起的子女，包括繼子女
- 任何與他們住在一起的配偶
- 在同一份聯邦所得稅報稅表上的任何其他人士。您不需要報稅以獲得醫療保險。

為您的任何一位家人完成第 2 步驟。

從您自己先開始，然後再加上其他成年人和孩子。如果您的家人多於 2 人以上，您需要複印本頁並將其隨附在申請表中。

您不必為不需要醫療保險的家庭成員提供移民身份或社會安全號碼 (SSN)。我們會按照法律的要求保護您所提供所有訊息的隱私和安全。我們僅將您個人的資料用於查驗您是否符合醫療保險的資格。

需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或致電 1-800-318-2596 給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打 1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 (TTY) 可撥打 1-855-889-4325。



步驟 2：步驟 1 (從自己先開始。)

為您自己、配偶 / 伴侶和與您一起生活的家屬，和 / 或您所申報的同一聯邦所得稅報稅表中的任何人完成步驟 2。請參閱第 1 頁，關於應包括何人的更多訊息。如果您不報稅，請記得仍要加上您的家庭成員。

1. 名		中間名		姓氏		後綴名	
2. 與第1人的關係？		3. 您結婚了嗎？		4. 出生日期 (月/日/年年)		5. 性別	
自己		☐ 是 ☐ 否				☐ 女性 ☐ 男性	
6. 社會安全號碼 (SSN)							
★ 我們需要您的社會安全號碼 (SSN)，如果您想要醫療保險並有社會安全號碼或可以取得該號碼的話。我們用社會安全號碼來查證收入和其他的訊息，以查看誰有資格獲得幫助支付醫療保險。如果您需要幫助取得社會安全號碼，請造訪 SSA.gov 的網站，或請致電 1-800-772-1213 給社會安全局。聽障人士 (TTY) 可致電 1-800-325-0778。							
7. 您是否計劃明年申報聯邦所得稅報稅表？即使您不申報聯邦所得稅報稅表，仍可以申請醫療保險。							
☐ 是。如果是，回答問題 a 至 c。 ☐ 否。如果否，請跳到問題 c。							
a. 您是否將與配偶一起報稅？..... ☐ 是 ☐ 否							
如果是，請填寫配偶的姓名：							
b. 您是否會在您的報稅表上申報任何受撫養人？..... ☐ 是 ☐ 否							
如果是，請列出受撫養人的姓名：							
c. 您是否會在其他人的報稅表上被申報為受撫養人？..... ☐ 是 ☐ 否							
如果是，請列出報稅人的姓名： 您與報稅人是什麼關係？							
8. 您是否懷孕了？..... ☐ 是 ☐ 否 a. 如果是，此次懷孕預計會有幾個寶寶？							
9. 您需要醫療保險嗎？即使您已有保險，可能還會有更好或更低價的保險計劃。							
☐ 是。如果是，請回答以下所有的問題。 ☐ 否。如果否，請跳到第 3 頁的收入問題。本頁其他項目留下空白。							
10. 您是否有身理、心理或情緒上的健康情況，使其活動受到限制（如洗澡、穿衣、料理日常家務等），特殊的醫療護理需求，或住在醫療機構或療養院內？..... ☐ 是 ☐ 否							
11. 您是美國公民或美國國民嗎？..... ☐ 是 ☐ 否							
12. 您是歸化或衍生的公民嗎？（這通常意味著您在美國境外出生。）							
☐ 是。如果是，請填寫 A 和 B。 ☐ 否。如果否，繼續填寫問題 13。							
a. 外籍人士號碼： 				b. 證書號碼： 			
答完 a 和 b 之後，請跳到問題 14。							
13. 如果您不是美國公民或美國國民，您是否有合格的移民身份嗎？ ☐ 是。請填寫您的文件類型和 ID 號碼。轉到說明。							
移民文件類型 		狀態類型（可選項） 		填寫您在移民文件上的姓名。 			
外籍人士或 I-94 號碼 				卡號或護照號碼 			
SEVIS ID 或到期日期（可選項） 				其他（類別代碼或簽發國家） 			
a. 您是否自 1996 年起已在美國居住？..... ☐ 是 ☐ 否							
b. 您或您的配偶或父母是美國的退伍軍人或現役軍人嗎？..... ☐ 是 ☐ 否							
14. 您是否希望幫助支付過去 3 個月的醫療賬單？..... ☐ 是 ☐ 否							
15. 您是否與至少一個 19 歲以下的孩子一起生活，並且是這個孩子的主要照顧人？（選擇“是”，如果您或您的配偶照顧這個孩子。）..... ☐ 是 ☐ 否							
告訴我們任何 19 歲以下在您家裡與您一起生活的孩子的姓名及與您的關係。 							
16. 您是一名全職的學生嗎？..... ☐ 是 ☐ 否				17. 您在年齡 18 歲或以上時是否被寄養？..... ☐ 是 ☐ 否			

繼續到下一頁



可選項：（提供此資訊不會影響資格、計劃選項或費用。）

填寫所有適用的問題。

19. 種族：

- ☐ 白人 ☐ 黑人或非裔美國人 ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ☐ 菲律賓人 ☐ 日本人 ☐ 韓國人 ☐ 亞洲印度人 ☐ 中國人
☐ 越南人 ☐ 其他亞洲人 ☐ 夏威夷原住民 ☐ 關島人或查莫羅人 ☐ 薩摩亞人 ☐ 其他太平洋島民 ☐ 其他

選擇一項回應。

20. 出生時指定的性別（可在您的出生證明上找到）：

- ☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 其他： ☐ 不知道 ☐ 選擇不回答

21. 目前性別：

- ☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 變性女性 ☐ 變性男 ☐ 一個不同的術語： ☐ 不知道 ☐ 選擇不回答

22. 性取向：

- ☐ 雙性戀 ☐ 女同性戀或男同性戀 ☐ 異性戀（不是女同性戀或男同性戀） ☐ 一個不同的術語： ☐ 不知道 ☐ 選擇不回答

步驟 2：第 1（繼續填寫您自己的資料。）

目前的工作與收入訊息

- ☐ 有工作：如果您目前有工作，請告訴我們您的收入。 ☐ 沒有工作：請跳到問題 33。 ☐ 自雇：請跳到問題 32。

目前的工作1：

23. 雇主名稱

a. 雇主地址（可選填）

b. 城市

c. 州

d. 郵遞區號

24. 雇主電話號碼

25. 工資 / 小費（稅前）

- ☐ 每小時 ☐ 每週 ☐ 每2週
☐ 每月兩次 ☐ 每月 ☐ 每年

\$

26. 每週平均工作時間

目前的工作2：（如果您另外還有更多的工作並需要更多的空間，請隨附另一張紙。）

27. 雇主名稱

a. 雇主地址（可選填）

b. 城市

c. 州

d. 郵遞區號

28. 雇主電話號碼

29. 工資 / 小費（稅前）

- ☐ 每小時 ☐ 每週 ☐ 每2週
☐ 每月兩次 ☐ 每月 ☐ 每年

\$

30. 每週平均工作時間

31. 在過去的一年，您是否曾：☐ 更換工作 ☐ 停止工作 ☐ 開始減少工作時數 ☐ 以上皆非

32. 如果是自雇，請回答a和b：

a. 工作類型：

b. 本月您將從此自雇職業中獲得的淨收入（支付業務開銷後的利潤）
是多少？轉到說明。

\$

繼續到下一頁



33. 本月份您其他的收入：填寫所有適用的項目，並給出金額和報酬的頻率。若無則填滿此處。○ 注意：您不必填寫子女撫養費、退伍軍人款項或社會安全補助金 (SSI)。

○ 失業金 \$ 多久一次？	○ 收到的贍養費 (注：僅適用於2019年1月1日之前完成的離婚。) \$ 多久一次？
○ 退休金 \$ 多久一次？	○ 農業 / 漁業淨收入 \$ 多久一次？
○ 社會安全保險金 \$ 多久一次？	○ 租金 / 版權費淨收入 \$ 多久一次？
○ 退休金帳戶 \$ 多久一次？	○ 其他收入, 類型： \$ 多久一次？

34. 減免：填寫所有適用的項目，並給出金額和您支付的頻率。如果您支付某些可以從聯邦所得稅報稅表中減免的款項，告訴我們可能會使醫療保險的費用更低一些。請勿包括您支付的子女扶養費，或您對淨自由職業的回答中已考慮的費用 (問題 32b)。

○ 支付贍養費 (注：僅適用於2019年1月1日之前完成的離婚。) \$ 多久一次？	○ 其他減免, 類型： \$ 多久一次？
○ 學生貸款利息 \$ 多久一次？	

35. 如果您的收入在一年之中有所變化，例如您僅在一年中的部分時間從事某項工作或在某些月份獲得福利，請填寫此問題。如果您估計每个月的收入不會有變化，轉跳到下一個人。 ➡

您今年的總收入 \$	您明年的總收入 (如果您認為會不一樣) \$ ○ 如果您認為您的收入很難預測，請填寫。
------------------------------------	---

謝謝！這就是我們所需要知道關於您的一切。.



步驟 2：第 2 人

注意：如果此人不需要醫療保險，只需回答本頁上1至10的問題。如果您家裡有2個人以上，請複印第5和第7頁。

為您的配偶 / 伴侶和與您一起生活的孩子們，和 / 或您所申報的聯邦所得稅報稅表中的任何人填寫本頁。如果您不報稅，請記得仍要加上與您一起生活的家庭成員。請參閱第1頁，關於應包括何人的更多訊息。

1. 名	中間名	姓氏	後綴名
2. 與第1人的關係？轉到說明。 		3. 第2人是否已婚？ ☐ 是 ☐ 否	4. 出生日期 (月/日/年年年年)
5. 性別 ☐ 女性 ☐ 男性		6. 社會安全號碼 (SSN)	
★ 如果您想要為第2人申請醫療保險，同時，第2人有社會安全號碼，我們需要這些資料。			
7. 第2人是否與第1人住在相同的地址？..... ☐ 是 ☐ 否 如果否，請列出地址：			
8. 第2人是否計劃明年申報聯邦所得稅報稅表？(即使第2人不申報聯邦所得稅報稅表，您仍可以申請醫療保險。) ☐ 是。如果是，回答問題 a 至 c。 ☐ 否。如果否，請跳到問題 c。			
a. 第2人是否將與配偶一起報稅？..... ☐ 是 ☐ 否 如果是，請填寫配偶的姓名：			
b. 第2人是否會在他或她的報稅表上申報任何受撫養人？..... ☐ 是 ☐ 否 如果是，列出報稅人的姓名：			
c. 第2人是否會在其他人的報稅表上被申報為受撫養人？..... ☐ 是 ☐ 否 如果是，請列出報稅人的姓名：			
第2人與報稅人是什麼關係？			
9. 第2人是否懷孕了？..... ☐ 是 ☐ 否 a. 如果是，此次懷孕預計會有幾個寶寶？			
10. 第2人是否需要醫療保險？(即使第2人已有保險，可能還會有更好或更低價的保險計劃。) ☐ 是。如果是，請回答以下所有的問題。 ☐ 否。如果否，請跳到第 5 頁的收入問題。本頁其他項目留下空白。			
11. 第 2 人是否有身理、心理或情緒上的健康情況，使其活動受到限制 (如洗澡、穿衣、料理日常家務等)，或住在醫療機構或療養院內？ ☐ 是 ☐ 否			
12. 第2人是美國公民或美國國民嗎？..... ☐ 是 ☐ 否			
13. 第2人是歸化或衍生的公民嗎？(這通常意味著他們在美國境外出生。) ☐ 是。如果是，請填寫 a 和 b。 ☐ 否。如果否，繼續填寫問題14。			
a. 外籍人士號碼 		b. 證書號碼 	
答完 a 和 b 之後，請跳到問題 15。			
14. 如果第2人不是美國公民或美國國民，他們是否有合格的移民身份嗎？ ☐ 是。請填寫文件類型和 ID 號碼。轉到說明。 移民文件類型： 狀態類型 (可選項)： 填寫第2人在移民文件上的姓名。			
外籍人士或I-94號碼 		卡號或護照號碼 	
SEVIS ID 或到期日期 (可選項) 		其他 (類別代碼或簽發國家) 	
a. 第2人是否自1996年起已在美國居住？..... ☐ 是 ☐ 否			
b. 第2人或第2人的配偶或父母是美國的退伍軍人或現役軍人嗎？..... ☐ 是 ☐ 否			
15. 第2人是否希望幫助支付過去3個月的醫療賬單？..... ☐ 是 ☐ 否			
16. 第2人是否與至少一個19歲以下的孩子一起生活，並且第2人是這個孩子的主要照顧人？ (選擇“是”，如果第 2 人或其配偶照顧這個孩子。) ☐ 是 ☐ 否			
17. 告訴我們任何19歲以下在第2人家裡與第2人一起生活的孩子的姓名及與第2人的關係。(這些孩子可與第2頁上所列出的相同。) 			
第2人在年齡18歲或以上時是否被寄養？..... ☐ 是 ☐ 否 如果第2人年齡為22歲或更小，回答這些問題：			
18. 在過去的3個月之內，第2人是否曾透過工作有過保險而又失去了保險？..... ☐ 是 ☐ 否 a. 如果是，結束日期： b. 保險結束的理由：			
19. 第2人是否為全職的學生？..... ☐ 是 ☐ 否			

繼續到下一頁

需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或致電1-800-318-2596給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 (TTY) 可撥打 1-855-889-4325。



可選項：（提供此資訊不會影響資格、計劃選項或費用。）

填寫所有適用的問題。

21. 種族：

☐ 白人 ☐ 黑人或非裔美國人 ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ☐ 菲律賓人 ☐ 日本人 ☐ 韓國人 ☐ 亞洲印度人 ☐ 中國人☐ 越南人 ☐ 其他亞洲人 ☐ 夏威夷原住民 ☐ 關島人或查莫羅人 ☐ 薩摩亞人 ☐ 其他太平洋島民 ☐ 其他

選擇一項回應。

22. 出生時指定的性別（可在第 2 個人的出生證明上找到）：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 其他： ☐ 不知道 ☐ 選擇不回答

23. 目前性別：

☐ 女性 ☐ 男性 ☐ 變性女性 ☐ 變性男 ☐ 一個不同的術語： ☐ 不知道 ☐ 選擇不回答

24. 性取向：

☐ 雙性戀 ☐ 女同性戀或男同性戀 ☐ 異性戀（不是女同性戀或男同性戀） ☐ 一個不同的術語： ☐ 不知道 ☐ 選擇不回答

步驟 2：第 2 人

請告訴我們第 2 人的任何收入。

即使第 2 人不需要保險，也請填寫本頁。

目前的工作與收入訊息

☐ 有工作：如果第 2 人目前有工作，請告訴我們他 / 她的收入。從問題 25 開始。☐ 沒有工作：
請跳到問題 35。☐ 自雇：
請跳到問題 34。

目前的工作 1：

25. 雇主名稱

a. 雇主地址（可選填）

b. 城市

c. 州

d. 郵遞區號

26. 雇主電話號碼

27. 工資 / 小費（稅前）

☐ 每小時☐ 每週☐ 每 2 週

28. 每週平均工作時間

\$ ☐ 每月兩次☐ 每月☐ 每年

目前的工作 2：（如果第 2 人還有更多的工作，請隨附另一張紙。）

29. 雇主名稱

a. 雇主地址（可選填）

b. 城市

c. 州

d. 郵遞區號

30. 雇主電話號碼

31. 工資 / 小費（稅前）

☐ 每小時☐ 每週☐ 每 2 週

32. 每週平均工作時間

\$ ☐ 每月兩次☐ 每月☐ 每年33. 在過去的一年，第 2 人是否曾：☐ 更換工作 ☐ 停止工作 ☐ 開始減少工作時數 ☐ 以上皆非

34. 如果第 2 人是自雇，請完成問題 a 和 b：

a. 工作類型：b. 本月您將從此自雇職業中獲得的淨收入（支付業務開銷後的利潤）
是多少？轉到說明。\$

繼續到下一頁



35 本月份第2人其他的收入：填寫所有適用的項目，並給出金額和第2人得到的頻率。若無則填滿此處。○ 注意：您不必告訴我們第2人的子女撫養費、退伍軍人款項或社會安全補助金（SSI）。

○ 失業金 \$ 多久一次？	○ 收到的贍養費 (注：僅適用於2019年1月1日之前完成的離婚。) \$ 多久一次？
○ 退休金 \$ 多久一次？	○ 農業 / 漁業淨收入 \$ 多久一次？
○ 社會安全保險金 \$ 多久一次？	○ 租金 / 版權費淨收入 \$ 多久一次？
○ 退休金帳戶 \$ 多久一次？	○ 其他收入, 類型： \$ 多久一次？

36. 減免：填寫所有適用的項目，並給出金額和第2人得到的頻率。如果第2人支付某些可以從聯邦所得稅報稅表中減免的款項，告訴我們可能會使醫療保險的費用更低一些。不包括第 2 人支付的子女扶養費，或淨自由職業答案中已考慮的費用（問題 34b）。

○ 支付贍養費 (注：僅適用於2019年1月1日之前完成的離婚。) \$ 多久一次？	○ 其他減免, 類型： \$ 多久一次？
○ 學生貸款利息 \$ 多久一次？	

37. 如果第2人的收入在一年之中有所變化，請回答這個問題，比如第2人在一年之中只工作了一部分的時間或只在某些月份收到報酬。如果第2個人預計其每月收入不會發生變化，請跳到下一個。 ➡

您今年的總收入 \$	您明年的總收入 (如果您認為會不一樣) \$ ○ 如果您認為您的收入很難預測，請填寫。
------------------------------------	---

謝謝！這就是我們所需要知道關於第2人的一切。.



步驟 3：美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成員

1. 您或您家庭的任何成員是美洲印第安人或阿拉斯加原住民嗎？

☐ 否。如果否，請繼續到步驟4。

☐ 是。如果是，請繼續到步驟4，然後填妥附錄B，並與申請表一起遞交。

步驟 4：您家人的醫療保險

1. 在本申請表中的任何人是否在過去90天內被發現不具備州醫療補助 (Medicaid) 或兒童醫療保險計劃 (CHIP) 的資格？

(只有當某人被您的州，而不是由Marketplace發現不符合此保險的資格時，才選擇“是”)。..... ☐ 是 ☐ 否

那一位？..... 日期：.....

或者，在本申請表中是否有任何人在過去5年之間由於移民的身份被發現不符合州醫療補助或CHIP的資格？..... ☐ 是 ☐ 否

那一位？.....

本申請表上的任何人是否在 Marketplace 開放註冊期內或符合資格生活變故後申請保險？..... ☐ 是 ☐ 否

那一位？.....

2. 在本申請表中所列出的任何人是否有工作所提供的醫療康保險？即使保險來自其他人的工作，如父母或配偶，即使他們沒有接受該保險，請勾選“是”。如果提供的唯一保險是COBRA，請勾選否。

☐ 是。繼續然後填妥附錄A。

☐ 否。

如果是，這是否為國家僱員福利計劃？..... ☐ 是 ☐ 否

申請表上的任何人是否獲得了個人保險健康報銷安排 (HRA) 或合格的小僱主HRA (QSEHRA)？..... ☐ 是 ☐ 否

3. 是否有任何人現在已經參加醫療保險？

☐ 是。如果是，繼續填寫問題4。

☐ 否。如果否，請跳到步驟5。

4. 關於現有醫療保險的訊息。(如果超過2個人現在已有醫療保險，請複印本頁。)

請填寫保險的類型，如雇主保險、統一綜合預算協調法案 (COBRA)、州醫療補助、兒童醫療保險計劃(CHIP)、Medicare、TRICARE、退伍軍人醫療保險計劃、和平隊、或其他。(如果您有 Direct Care 或 Line of Duty，則不必告知我們關於 TRICARE。)

第 1 人：	參加醫療保險人士的姓名	
		
	保險類型： ☐ 雇主保險 ☐ 統一綜合預算協調法案 (COBRA) ☐ 州醫療補助 ☐ 兒童醫療保險計劃 (CHIP) ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ 退伍軍人醫療保險計劃 ☐ 和平隊 ☐ 其他	
	如果是雇主保險：(您還需要填妥附錄A。)	
第 2 人：	醫療保險公司的名稱	保單 / ID號碼
		
	如果是其他種類的保險： ☐ 如果這是 Marketplace 的醫療保險，請填寫。	
	醫療保險公司的名稱	保單 / ID號碼
.....		
這是一個有限福利的計劃，如學校意外事故保單嗎？..... ☐ 是 ☐ 否		

第 2 人：	參加醫療保險人士的姓名	
		
	保險類型： ☐ 雇主保險 ☐ 統一綜合預算協調法案 (COBRA) ☐ 州醫療補助 ☐ 兒童醫療保險計劃 (CHIP) ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ 退伍軍人醫療保險計劃 ☐ 和平隊 ☐ 其他	
	如果是雇主保險：(您還需要填妥附錄A。)	
第 3 人：	醫療保險公司的名稱	保單 / ID號碼
		
	如果是其他種類的保險： ☐ 如果這是 Marketplace 的醫療保險，請填寫。	
	醫療保險公司的名稱	保單 / ID號碼
.....		
這是一個有限福利的計劃，如學校意外事故保單嗎？..... ☐ 是 ☐ 否		



您想了解有關登記投票的資訊嗎？(可選的)

☐ 是 ☐ 否 ☐ 選擇不回答

您可以在 Vote.gov 上獲取資訊、註冊截止日期並查找您所在州的資源。

需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 HealthCare.gov 的網站，或致電1-800-318-2596給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 (TTY) 可撥打 1-855-889-4325。



步驟 5：您的同意和簽字

1. 您是否同意讓 Marketplace 使用您的收入資料，包括未來5年報稅表的訊息？..... ☐ 是 ☐ 否

為了更容易地確定您在未來幾年能夠獲得幫助支付醫療保險的資格，您可以同意讓 Marketplace 使用更新的收入資料，包括報稅表的訊息。Marketplace 將發出通知，讓您做出任何更改。Marketplace 將進行查驗，以確保您仍符合資格，並可能要求您證明您的收入仍符合資格。您可以隨時選擇退出。

如果否，在以下年數內自動更新本人的資料：☐ 5 年 ☐ 4 年 ☐ 3 年 ☐ 2 年 ☐ 1 年

☐ 請不要使用本人的稅務資料來更新本人獲得幫助支付醫療保險的資格（選擇此選項可能會影響您在續保時獲得幫助支付醫療保險的能力。）

2. 在本申請表中申請醫療保險的人士當中，是否有任何人被監禁（拘留或入獄）？..... ☐ 是 ☐ 否

如果是，請告訴我們此人的姓名。被監禁人士的姓名是：

☐ 如果此人正面臨指控的判決，請填滿此處。

如果本申請表上的任何人入選了 Marketplace 保險，而之後被發現其取得其他醫療保險資格（比如醫療保險、醫療補助或兒童醫療保險計劃（CHIP）），那麼 Marketplace 將自動終止其 Marketplace 計劃保險。這將有助於確保任何被發現取得其他保險資格的人不能繼續入選 Marketplace 保險並需要支付全額費用。

☐ 我同意 Marketplace 在這種情況下終止我的申請表上此人的 Marketplace 保險。

☐ 我不同意 Marketplace 在這種情況下終止 Marketplace 保險。我清楚我的申請表上受影響的人員將不再有資格獲得財政資助，且必須為其 Marketplace 計劃支付全額費用。

如果本申請表中有人符合州醫療補助的資格：

本人授權州醫療補助機構從其他醫療保險、法定和解或其他第三方追討和獲得金錢。本人同時授權州醫療補助機構從配偶或父母追討和獲得醫療支助。

- 在本申請表中是否有任何孩子的父母一方不和孩子生活在一起？..... ☐ 是 ☐ 否
- 如果是，本人知道本人將會被要求與此機構合作，向不和孩子一起生活的父母一方收取醫療支助。如果本人認為合作收取醫療支助會傷害本人或本人的孩子，本人可以通知州醫療補助並且可以不必合作。
- 本人根據偽證處罰的規定簽署本申請表，這意味著本人據本人所知如實地回答了本表格中的所有問題。本人知道，如果本人故意提供虛假或不實的資料，本人可能會因觸犯聯邦法律而受到處罰。
- 本人知道，如果本人在本申請表中所填寫的資料發生了任何變化（或有任何的不同），本人必須在30天之內通知醫療保險 Marketplace (Health Insurance Marketplace®)。本人可以造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或致電1-800-318-2596 報告任何變化。本人理解，本人資料的變化可能會影響本人和本人家庭成員的資格。
- 本人知道，根據聯邦法律，不得基於種族、膚色、國籍、性別、年齡、性別取向、性別認同或殘疾進行歧視。本人可以造訪 [HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint) 的網頁，以遞交歧視申訴。
- 本人知道，本申請表中的訊息將僅用於確定醫療保險的資格、支付保險費用的幫助（如有請求）和 Marketplace 及幫助支付保險費用計劃的合法目的。

如果您選擇申請，我們需要此訊息來驗證您是否符合幫助支付醫療保險的資格。我們將使用我們的電子資料庫和國稅局（IRS）、社會安全局、聯邦國土安全部和 / 或消費者報告機構的資料庫來驗證您的回答。如果資料不相符，我們可能會要求您向我們提供證明。

如果我認為我的資格審核結果有錯，該怎麼辦？

我們處理您的申請後，您將透過電子郵件收到一份資格通知。如果您不同意您資格審核的結果，在很多情況下，您可以要求上訴。請查閱您的資格認定書，查找您家中每位申請保險的個人的具體上訴說明，包括有多少天的時間您必須提出上訴。下面是請求上訴時所需要考慮的重要資料：

- 如果您願意，您可以委託他人要求上訴或參與您的上訴。此人可以是朋友、親戚、律師或其他個人。或者，您可以自己要求並參與您的上訴。
- 如果您要求上訴，在上訴待決期間，您可能可以保留保險的資格。
- 上訴的結果可能會改變您家中其他成員的資格。

想要上訴您 Marketplace 資格審核的結果，請造訪 [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](https://www.healthcare.gov/marketplace-appeals/)。或撥打1-800-318-2596給Marketplace電話服務中心。聽障人士 (TTY) 可撥打1-855-889-4325。您也可郵寄上訴要求表或您自己的上訴要求函至：Health Insurance Marketplace, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001。您可以上訴透過Marketplace購買醫療保險的資格、投保參加期、稅收抵免、減少費用分攤、州醫療補助以及兒童醫療保險計劃（CHIP），如果您遭到這些項目計劃的拒絕。如果您有資格獲得稅收抵免或減少費用分攤，您可以上訴我們確定您有資格獲得的金額。根據您所在的州，您可能可以透過 Marketplace 請求上訴，或者您必須向所在州的州醫療補助或兒童醫療保險計劃機構請求上訴。

第1人應簽署本申請表。如果您是經授權的代表，可以在此簽字，只要第1人已簽署了附錄C。

簽字

簽字日期 (月/月/日日/年年年)



步驟 6：郵寄填妥的申請表



請將您簽署的申請表郵寄到：

Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

獲得除英語以外的語言幫助

如果您，或您正在幫助的人，有關於醫療保險 Marketplace 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。想要跟一位翻譯員通話，請致電 1-800-318-2596。

在此為可選用的語言列表，以及以這些語言所提供的相同的訊息：

Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace®)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèprete an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace®), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace®, tumawag sa 1-800-318-2596.

文書精減法案 (PRA) 披露聲明：根據1995年文書精減法案，任何人都不必回應訊息收集，除非其標明有效的OMB控制號碼。本次訊息收集的有效OMB控制號碼為0938-1191。完成本次訊息收集所需的時間每份平均預計為 45分鐘，包括檢閱說明、搜索現有資料資源、收集所需資料，以及完成和審查訊息收集的時間如果您對時間估計的準確性有意見或有改進本表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或致電1-800-318-2596給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打 1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 (TTY) 可撥打 1-855-889-4325。

獲得除英語以外的語言幫助 (續)

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace® (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૉલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace®), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596.

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplace®に問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。

文書精減法案 (PRA) 披露聲明：根據1995年文書精減法案，任何人都不必回應訊息收集，除非其標明有效的OMB控制號碼。本次訊息收集的有效OMB控制號碼為0938-1191。完成本次訊息收集所需的時間每份平均預計為45分鐘，包括檢閱說明、搜索現有資料資源、收集所需資料，以及完成和審查訊息收集的時間如果您對時間估計的準確性有意見或有改進本表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

 **需要幫助填寫申請表嗎？請造訪 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) 的網站，或致電1-800-318-2596給我們。如果您需要英語以外的語言為您提供幫助，請撥打1-800-318-2596，並告訴客服代表您所需要的語言。我們將免費為您提供協助。聽障人士 (TTY) 可撥打 1-855-889-4325。**



附錄 A: 工作單位的醫療保險

您不需要回答這些問題，除非家中有人符合工作單位醫療保險的資格，即使他們沒有接受該保險。如果向某人提供的唯一保險是 COBRA，你也不需要回答這些問題。請為每個提供保險的工作單位附上一份本頁的影本。

告訴我們關於提供保險工作單位的情況。

複印本頁並交給提供保險的雇主來幫您回答這些問題。

員工訊息

1. 員工姓名 (名、中間名、姓)	2. 員工的社會安全號碼 (SSN)

雇主訊息

3. 雇主 / 公司名稱	
4. 雇主識別號碼 (EIN)	5. 雇主電話號碼

現在，請輸入管理員工福利的人員或部門的訊息。如果我們需要更多的訊息，我們可能會與此人聯繫：

6. 關於員工醫療保險，我們可以聯繫的人員或部門		
7. 雇主的地址 (Marketplace 可能會寄通知到該地址)		
8. 城市	9. 州	10. 郵遞區號
11. 電話號碼 (如果與上述不同)	12. 電子郵件地址	

13. 該僱員是否由該僱主提供醫療保險？如果他們從下個月開始就有保險，或從1月1日開始，如果在公開招生期間申請，則只選擇 (11月1日至1月15日)。

☐ 是 (繼續) ☐ 否 (雇主: 停止並將本表格還給員工。
員工: 回到您的 Marketplace 保險的申請表。)

該雇主是否提供承保該員工的配偶或受撫養人的醫療計劃？

☐ 是。如果是，那些人？ ☐ 配偶 ☐ 受撫養人 ☐ 否 (請回答問題14。)

請列出其他任何人在員工的家庭有資格參加本工作單位保險的姓名。

姓名
姓名
姓名

繼續到下一頁



告訴我們關於此雇主所提供最便宜的醫療計劃。

14. 該雇主是否提供了符合最低價值標準的醫療計劃*？

☐ 是（請回答問題15。） ☐ 否（停止並將本表格還給員工。）

15. 向員工提供僅符合最低價值標準*最便宜的醫療計劃，員工需要支付多少費用？不包括家庭計劃。

a. 員工將支付此保費: \$

注意：填寫該員工可以為醫療保險支付的最低金額。

b. 員工將支付此保費: ☐ 每週 ☐ 每2週 ☐ 每月兩次 ☐ 每月一次 ☐ 每季 ☐ 每年

16. 如果問題13中列出了其他家庭成员：為覆盖员工及問題13中所列家庭成员的最低成本计划，员工要支付多少钱？如果雇主提供健康计划，请输入如果员工因任何戒烟计划而获得最大折扣，且没有因健康计划而获得任何其他折扣时，员工将支付的保费。

a. 員工將支付此保費: \$

b. 員工將支付此保費: ☐ 每週 ☐ 每2週 ☐ 每月兩次 ☐ 每月一次 ☐ 每季 ☐ 每年

* 一個醫療計劃如為標準人口支付至少60%的醫療服務總費用，並提供優渥的醫院和醫生服務的承保範圍，就達到最低價值標準。大多數工作單位提供的計劃都能達到最低價值標準。





附錄 D: 關於生活變化的問題

(您必須填寫本頁和本申請表的其他部分。不要只遞交本頁。)

如果本申請表上的任何人經歷某些生活變化——比如在過去 60 天 (或預計在未來的 60 天內) 失去醫療保險、結婚或生育小孩，請填寫這一頁，並將其與完成的、簽名的申請表一起提交。某些生活變化允許您透過 Marketplace 所獲得的保險馬上開始生效。如果您正在年度開放註冊期外進行申請，我們也建議您回答這些問題 (11月1日至1月15日)。

這些問題是可選的。如果您的生活情況沒有改變，您可以將答案欄保留空白。您可以在一年中的任何時間隨時參加州醫療補助和兒童醫療保險計劃 (CHIP)，即使您沒有經歷過生活變化。聯邦政府承認的部落和阿拉斯加原住民的成員可以在一年中的任何時間隨時透過 Marketplace 參加保險。

告訴我們您家中的變化。

1. 是否有任何人在過去60天內失去了醫療保險的資格，或預計在未來的60天內將失去醫療保險的資格？

姓名	保險結束或將結束的日期 (月月/日日/年年年年)

2. 是否有任何人在過去60天內結婚了？

姓名	日期 (月月/日日/年年年年)

a. 這些人當中是否有人在過去60天內的任何時間擁有合格的醫療保險？..... ☐ 是 ☐ 否

如果是，請在下面填寫他們的名字：

3. 是否有任何人在過去60天內從監禁中 (拘留或監獄) 被釋放？

姓名	日期 (月月/日日/年年年年)

4. 是否有任何人在過去60天內獲得了合格的移民身份？

姓名	日期 (月月/日日/年年年年)

5. 是否有任何人在過去60天內被收養，安排領養，或安排寄養？

姓名	日期 (月月/日日/年年年年)

6. 是否有任何人在過去60天內由於兒童撫養或其他法院命令而成為受撫養人？

姓名	日期 (月月/日日/年年年年)

7. 是否有任何人在過去 60 天內搬離？

姓名	搬家日期 (月月/日日/年年年年)

a. 您以前地址的郵遞區號是什麼？ ☐ 如果您從外國或美國海外領地搬過來，請填滿此處

b. 這些人當中是否有人在過去60天內的任何時間擁有合格的醫療保險？..... ☐ 是 ☐ 否

如果是，請在下面填寫他們的名字：

姓名