H 节 父母或配偶不在家中居住或已亡故

- **如果申请人没有配偶或父母，必须填写此部分，以方便我们查看您或您的子女能否获得医疗资助。**
- **孕妇直到生产后 60 天才需要回答这些问题。**除非有正当理由，否则对于所有其他年满 21 周岁的申请人而言，即便配偶或未成年申请人的父母任何一方不在家中居住，也必须提供其相关信息以符合医疗保险的申请条件。“正当理由”的示例包括，担心会给自己或家庭成员造成生理或心理上的伤害。问题 2 是指**任何未满 21 周岁的**申请人的父母。问题 3 是指**任何申请人的**配偶。
- 如果父母不愿提供此信息，未成年申请人仍有可能享有参加 Medicaid 或Child Health Plus的资格。

I 节 医疗计划的选择

何为医疗计划？若通过 Access NY Health Care 申请保险项目，可能意味着您需要通过管理式医疗计划获取医疗服务。加入计划时，请从该计划中选择一位医生（主治医师或 PCP），由其照管您的定期医疗需求。如您并不希望更改主治医师，请选择适用于该医生的医疗计划。管理式医疗计划以保健护理为重点，防止小毛病发展成大问题。如需咨询专家，也可通过 PCP 为您引荐。

必须选择医疗计划的人士有哪些？有资格参加Family Health Plus和Child Health Plus的人士**必须**选择一种医疗计划以获得医疗护理服务。**有资格**获取Medicaid的大多数人士**都必须**选择医疗计划，以获取其大多数的Medicaid福利。请继续阅读，了解如何获取更多相关信息。

如何知道要选择哪种医疗计划以及我是否可以报名参加该计划？
针对 Medicaid 和Family Health Plus，如需了解有关管理式医疗计划如何运作、是否必须参加、如何选择计划等详细信息，请拨打 1-800-505-5678 联系Medicaid CHOICE **专线**，或者联系或拜访本地Department of Social Services。索取管理式医疗教育信息包。还可登录 NYSDOH 网站 **health.ny.gov 获取医疗计划相关信息**。亦可拨打 1-800-505-5678，通过电话途径**登记参加**。

备注：如果您或您的家人符合 Medicaid 的申请条件，而且所在县市没有 Medicaid 的受益人必须参加医疗计划的规定，同时所选择的医疗计划也提供 Medicaid 服务，则我们仍将在该医疗计划中为您登记注册，除非您勾选本申请表中的适用方框，表明您不想参加该计划，或者可以拨打电话或递交书面文件，以便告知本地Department of Social Services您不希望加入该计划。

针对Child Health Plus：

如需了解Child Health Plus所列计划的详情，请拨打 1-800-698-4543 **进行咨询**。

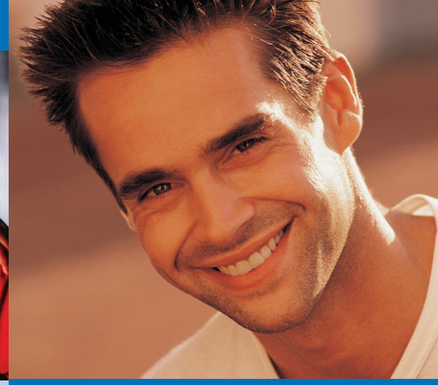
Child Health Plus保费

加入 Medicaid 或Family Health Plus无需任何保费。Child Health Plus可能需要按月缴纳一定保费。请参阅随附的图表，确定您是否需要在月收入的基础上支付保费。返回填妥的申请表时，必须附上第一个月的保费，否则您的子女将无法注册加入。

J 节 签名

请认真阅读本节内容，并阅读“**条款、权利与义务**”一节。然后必须在申请表上签好姓名和日期。

State of New York
Department of Health



医疗保险申请

access NY health care

针对儿童、成人和家庭

说明

保密声明您在本申请表中提供的所有信息均将得到保密。可以查看此信息的人员仅限于：需要了解此类信息、以便判断您（申请人）以及您的家人是否有资格享受相关项目服务的便民登记机构工作人员以及州或地方机构和医疗计划。协助您完成此申请的人员不得与任何人谈论您的信息，但需要此信息的主管人员或者州或地方机构或医疗计划除外。

本申请表的目的填写本申请表以申请获得医疗保险，帮助您支付医疗费用。本申请表可用于申请 Medicaid 、Family Health Plus、Child Health Plus、Family Planning Benefit Program或者申请援助用以支付医疗保险保费。您可为自己和/或与同住的直系家庭成员申请上述项目。

如您因残疾原因需要协助填写本申请表，请联系本地DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES。他们将尽一切努力为您提供合理便利以解决您的需求。

填写申请表前， 请阅读完整的申请手册。如果您单独为子女申请或者如果您是一位独立申请的孕妇，则只需填写第 A 节至第 G 节以及第 I 节至第 J 节的内容。其他申请人必须填写所有部分。

如果您已满 65 周岁，为持有官方证照的盲人、残疾人士或长期入住疗养机构，并且正在申请报销疗养费用，则在本申请表之外，还需填写附表A。附表中包含有关您所拥有资源的问题，例如，您在银行中的存款或您手上的财产。

当您在申请表上看到 **请寄送证明** 字样时，请参阅“申请医疗保险所需文件”一节的内容，查询可接受的支持性文件都有哪些。

如何获取帮助申请公共医疗保险时，无需前往本地Department of Social Services或约见便民登记机构工作人员，但您可以前往上述部门或联系便民登记机构工作人员，在填写申请表方面取得相应的协助。您可从取得本申请表处了解便民登记机构工作人员名单，或拨打 1-800-698-4543 获取。所有帮助均为免费。
（听障人士可拨打 1-877-898-5849 TTY 专线）

A 节 申请人信息

我们需要能够与医疗保险申请人取得联系。家庭住址是指医疗保险申请人所居住的地址。邮寄地址（如与家庭住址不同）是指您希望我们将医疗保险卡以及相关通知发送到该处的地址。如希望他人也能获得有关您的申请案例的信息和/或参与相关讨论，请一并告知。

B 节 家庭信息

请附上与您同住的每个人的相关信息，即便其并不申请医疗保险亦然。注明所有同住者的相关信息很重要，因为这可帮助我们正确判定您是否符合申请资格。如适用，请提供婚前姓名（结婚前的正式姓名）。另请注明出生城市、州和国家。对于出生于美国之外的人士，只需注明出生国家。每位申请人还需要提供其母亲的婚前全名（名字和姓氏）。此信息可能会用于在特定情况下获取有关申请人出生日期的证明。

- **此人是否已怀孕？** 如已怀孕，预产期是何时？此信息可帮助我们确定您的家庭规模。一位孕妇算作两人。
- **与第 1 行中所列人士的关系。** 请说明每个人与第 1 行中所列人士之间有何关系（例如：配偶、子女、继子女、兄弟、姐妹、甥侄女、甥侄子等）。
- **公共医疗保险。** 如您或者与您同住的任何人已经参加或曾经参加 Medicaid 、Family Health Plus、Child Health Plus、Family Planning Benefit Program 或者诸如粮食券等任何其他形式的公共援助，烦请告知。另外，请提供New York State Benefit Identification Card上的识别编号或Child Health Plus的计划身份识别卡。
- **Social Security号。** 所有申请人如拥有Social Security号，请一并提供。如申请人没有Social Security号，将此方框留空即可。
- **公民身份和移民身份。** 此信息仅限于申请医疗保险的人士提供。孕妇无需回答此问题。要想获得医疗保险，年满 19 周岁的其他申请人必须为美国公民或者属于符合资格的移民类别。申请人需要提供美国公民身份证明和身份证的原件或这些证件经过核证的副本。请联系本地Department of Social Services或拨打 1-800-698-4543 核实您应去哪里取得这些文件。请注意，如果您已参加 Medicare，或正在领取Social Security Disability但尚无资格参加 Medicare，则无需提供美国公民身份证明或身份证件。

  自 2010 年 7 月 1 日起，美国公民的子女如符合Child Health Plus的申请条件，即可提供Social Security号，而无需提供身份证件或美国公民身份证明。

  身为New York State居民且没有其他医疗保险的儿童具有申请资格，不受其移民身份的限制。

公共收费信息

United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) 声明，加入 Medicaid 、Family Health Plus、Child Health Plus或Family Planning Benefit Program，不得对人们获得绿卡、获得公民身份、资助家庭成员或在国内外旅游的能力造成影响。但是，如果通过Medicaid支付在疗养院或精神病院等机构的长期护理费用，则不适用此规定。

New York State不会将本申请表中的任何信息报告给USCIS。

- **种族/人种。** 此信息为选填项，可帮助我们确保所有人均能获得保险项目的资助。如您选择填写此信息，请使用申请表中所示的代码，这些代码能准确说明每个人的种族或民族背景。可以多选。

C 节 家庭收入（获得的资金）

- 在这一节中，请列出您在 B 节所列的每个人的所有收入类型（获得的资金）及相应金额。
- 请注明您的税前收入。
- 如您的家庭没有收入，请说明您如何应付生活开支，如食宿费用。
- 我们需要了解您是否换了工作或者您是否是一名学生。
- 我们还需要了解您是否需要聘请他人或其他机构（如日间护理中心）帮助您照顾子女或者身患残疾的配偶或父母，以便自己可以上班或上学。如确有此类开支，请注明相应金额。我们可能会在计算您的收入时扣掉这部分费用。

D 节 医疗保险

我们需要了解任何申请人是否得到或可以得到其他医疗保险的福利。此信息可能会影响申请人获得保险的资格；对于部分申请人，我们会在计算收入时扣除您支付的医疗保险费用；或者在我们判定具有成本效益的前提下，我们可能会支付您的医疗保险保费。

在过去六个月内，由父母雇主提供医疗保险的部分儿童可能需要等上一段时间才能加入Child Health Plus。具体取决于您的家庭收入以及您的子女失去由您的雇主提供保险的原因。

备注：State Health Benefits Plans通过New York State Health Insurance Program (NYSHIP) 提供医疗保险服务。New York State政府、州立法机关及统一法院系统的员工/退休职工可享受保险服务。部分地方政府机构和学区也选择参加 NYSHIP。如您无法确定，请向您的雇主核实。如果您的子女通过 NYSHIP 获得State Health Insurance Benefits，则其无法再加入Child Health Plus。

如果您通过或可以通过工作获得保险，我们可能会帮助您支付医疗保险保费。我们需要收集有关保险的详情，将会向您邮寄一份保险调查问卷。

E 节 住房开支

请写下您每月的住房费用。其中包括租金、房贷月供或其他住房开支。如您有房屋贷款，请在上报的数额中纳入您需要缴纳的物业税。如您与他人分担住房费用或您享有租金补贴，请仅注明您本人需要支付的租金或房贷。如您需要支付水费，请告知我们支付数额及频率。

F 节 盲人、残疾人士、慢性病患者或疗养 院 护理

这些问题可帮助我们确定最适用于每位申请人的项目以及所需的服务。患有残疾、严重疾病或需要承担高昂医疗账单费用的人士可能会得到更多医疗服务。如您因为一种已持续或预计将持续至少 12 个月的疾病或身体状况而致使日常活动受限，即可判定您患有残疾。如您为盲人、残疾人士、慢性病患者或需要疗养 院的 护理，请填写附表 A。如您本人或任何申请人并非盲人、残疾人士、慢性病患者或入住疗养院者，请转至 G 节。

G 节 其他医疗相关问题

如您在过去三个月内发生已付清或未付清的医疗账单，Medicaid 可能会帮助您支付这些费用。请告知这些账单的消费项目及发生月份。请随同申请表一并附上医疗账单副本。备注：三个月期限的起算时间以本地Department of Social Services收到您的申请表或您与便民登记机构工作人员见面为准。您需要提供有医疗账单费用发生的过去任何一个月的收入情况，便于我们判断您是否有资格享受该期间内的资助。您还需要说明过去三个月内的住址，因为这可能会影响到我们支付以往账单的能力。此外，如有因他人引起的法律诉讼或医疗问题尚未解决，也请一并告知，以方便我们查看是否应由他人支付您医疗费用的一部分。

更多说明信息，请参见背面 ▶