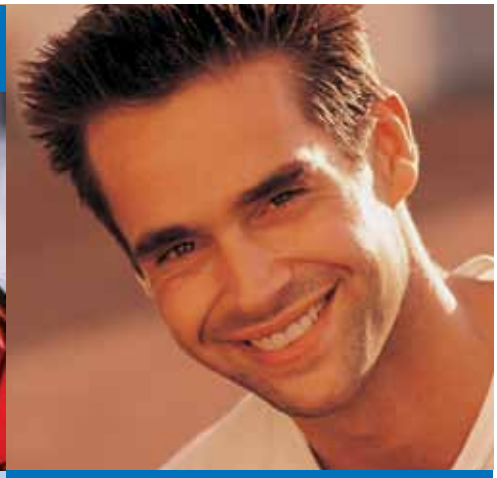

医疗保险申请

针对儿童、成人和家庭

access NY health care

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

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 US-CIS。

- 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。

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。

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

State of New York
Department of Health

申请医疗保险所需文件

申请人姓名 _____ 申请日期 _____

* 只有在我们收到所有必需材料后，您的登记注册工作才能结束。如果您在获取此类材料方面需要任何帮助，请联系我们。

您不必向我们出示所有证明材料。我们只需要您或其他申请人的相关证件。我们需要查验身份证以及美国公民身份证明的原件或经过核证的副本。请联系本地Department of Social Services或拨打 1-800-698-4543 了解身份证以及美国公民身份证明的提交渠道。很多地方的Department of Social Services和Child Health Plus所列计划都不接受邮寄原件，请务必在邮寄之前联系相关机构确认这种提交方式是否可行。其他证明文件的副本可随申请表一起邮寄。

您需要提供身份证件、美国公民身份和/或移民身份以及出生日期证明。

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SSN，而无需提供身份证件或美国公民身份证明。
可提供以下某一种文件来证明您的美国公民身份和出生日期：

- ☐ 美国护照书/卡 或
- ☐ 入籍证明（DHS N-550 或 N-570 表格）或
- ☐ 美国公民身份证明（DHS N-560 或 N-561 表格）或
- ☐ 纽约州加强型驾照 (EDL)。

如果无法提供上述文件，也可从以下列表的某一种来证明您的公民身份和/或身份。此列表未包括所有适用情形。
如果您没有上述文件，请参考“如何获取帮助”一节的说明信息。两类文件中选择。

带有 * 的文件也会注明出生日期

美国公民身份

- ☐ 美国出生证明*
- ☐ 美国国务院签发的出生证明（FS-545 或 DS-1350 表格）*
- ☐ 海外出生报告 (FS-240)
- ☐ 美国国籍识别卡（I-197 或 I-179 表格）
- ☐ 美国原住民部落证明文件*
- ☐ 宗教/教育档案*
- ☐ 注明美国出生地的军事档案
- ☐ 最终领养判决
- ☐ 符合《2000 年儿童公民身份法案》规定的美国公民身份证明

身份

- ☐ 纽约州驾照或附照身份证件*
- ☐ 联邦政府、州政府或地方政府有关部门颁发的身份证件
- ☐ 美国军方身份卡或征兵记录或美国海岸警卫队商务海事文件
- ☐ 附照学生证件（也可能注明出生日期）
- ☐ 印第安血统身份证明或其他美国原住民/阿拉斯加原住民部落的附照证明文件
- ☐ 经过核证的学校、幼儿园或托儿所档案（针对 16 周岁以下儿童）（也可能注明出生日期）
- ☐ 诊所、医生或医院的病历记录（针对 16 周岁以下儿童）*

如果未能提供注明出生日期的上述某一种文件，则您还需要提交下列文件之一：

- ☐ 结婚证明
- ☐ NYS Benefit Identification Card

*请在下列期限内返回所有必需材料：_____ 否则我们将拒绝受理您的申请。

申请医疗保险所需文件

针对非美国公民

United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) 颁发的常见移民身份证明表格如下方列表所示。
此列表未包括所有适用情形。如果您无法提供此类表格，请参考“如何获取帮助”一节的说明信息。

我们需要查验以下**某一种**文件来确认您的移民身份和出生日期：
带有 * 的文件也会注明出生日期

移民身份/身份

- ☐ I-551 永久居留卡（“绿卡”）*
- ☐ I-688B 或 I-766 工作许可证*

移民身份，同时还需要其他身份证件

- ☐ I-94 出入境记录*
- ☐ USCIS I-797 表格：移民局批准通知书
- ☐ 在 1972 年 1 月 1 日之前抵达美国连续居住的证明

家庭住址：此地址必须与申请表第 A 节填写的地址匹配。相关证明文件的日期必须为截至签署申请表之日前 6 个月内。

- ☐ 房东出具的租赁契约/信函/租金收据（随附家庭住址）
- ☐ 公用事业账单（煤气费、电费、电话费、有线电视费、燃油费或水费）
- ☐ 房产税记录或抵押贷款文件
- ☐ 驾照（在过去 6 个月内颁发）
- ☐ 政府颁发的身份证件（注明家庭住址）
- ☐ 带有邮戳的信封或明信片（寄送至邮政信箱的信封或明信片不符合要求）

当前收入或未来潜在收入（如失业福利或法律诉讼）的证明：您必须提供雇主、提供收入来源的人员或机构出具的信函、书面文件或支票存根的副本。您不必向我们出示所有证明材料，我们只需要您和其他同住家庭成员的相关文件。对于您拥有的每种收入类型，都必须提供一份相应证明。请提供最近一段时间内未扣减税项和任何其他扣减项目的收入证明。收入证明必须注明日期，并显示雇员姓名以及薪酬计算期间的总收入。无论您是领取周薪、双周薪还是月薪，均需提交最近四周的收入证明。请务必确保收入证明的时效性。

工资薪酬

- ☐ 工资单
- ☐ 雇主出具的信函（印有公司抬头的信笺、署名和日期）
- ☐ 最近签署并注明日期的个人所得税申报单及所有附表**
- ☐ 业务/工资记录

自营职业

- ☐ 最近签署并注明日期的个人所得税申报单及所有附表**
- ☐ 收益和费用记录/业务记录

失业福利

- ☐ 发放信函/证明
- ☐ NYS Department of Labor出具的月度福利对账单
- ☐ 来自NYS Department of Labor网站 (www.labor.state.ny.us) 的受益人账户信息打印文件
- ☐ Direct Payment Card 系统打印票据的副本
- ☐ NYS Department of Labor出具的信函

私人养老金/年金

- ☐ 养老金/年金对账单

**非自营职业的个人所得税申报单可用作第二年 4 月 1 日前的申请证明材料。

Social Security

- ☐ 发放信函/证明
- ☐ 年度福利对账单
- ☐ Social Security Administration出具的信函

Workers' Compensation

- ☐ 参保信
- ☐ 支票存根

抚养/赡养

- ☐ 资助人出具的信函
- ☐ 法院出具的信函
- ☐ 抚养/赡养支票存根
- ☐ NY Epicard 打印票据的副本
- ☐ 来自 www.newyorkchildsupport.com
- ☐ 显示直接存款的银行对账单副本

退伍军人福利

- ☐ 发放信函
- ☐ 福利支票存根
- ☐ Veterans Affairs出具的信函

军队服役收入所得

- ☐ 发放信函
- ☐ 支票存根

租金或寄宿收入

- ☐ 房客、寄宿生、租户出具的信函
- ☐ 支票存根

利息/股息/版税

- ☐ 银行、信用合作社或金融机构最近出具的对账单
- ☐ 经纪人出具的信函
- ☐ 代理人出具的信函
- ☐ 1099 表格/纳税申报单（如果无法提供其他证明文件）

申请医疗保险所需文件

如果您聘请他人在您外出工作时代为照顾子女或父母，请提供以下文件中的一种：

- ☐ 日间护理中心或其他儿童/成人护理提供者所提供的书面声明
- ☐ 已经取消的、能够证明您付款的支票或收据

医疗保险证明，提供所有适用项：

- ☐ 当前保险证明（保险单、保险证书或保险卡）
- ☐ 医疗保险终止函
- ☐ 保险卡（红卡、白卡和蓝卡）

孕妇专项要求：怀孕证明，提供以下文件中的其中一种：

- ☐ 由医疗服务提供者填写的Presumptive Eligibility Screening Worksheet，其中应注明孕妇预产期
- ☐ 医疗专家（如医生或职业护士）提供的、注明孕妇预产期的声明
- ☐ 注明孕妇预产期的 WIC Medical Referral Form

如在过去三个月内产生医疗账单费用，请提供以下全部文件：

如需证明过去三个月内有资格报销医疗费用，请提供：

- ☐ 发生医疗费用当月申请人的收入证明
- ☐ 发生医疗费用当月申请人的居住证明/家庭住址
- ☐ 过去三个月内的医疗账单，包括您已付清或未付清的全部账单

资源（仅限申请人超过 65 周岁或身患残疾，且未与未满 21 周岁的子女同住）：

- ☐ 银行账户对账单：支票、储蓄、退休金（个人退休金计划和自雇人员退休金计划）
- ☐ 股票、债券、证书声明
- ☐ 人寿保单副本
- ☐ 安葬信托或基金墓址契据或葬礼协议的副本
- ☐ 住宅以外的房地产契据

如果身为大学生的申请人受聘工作，需要提供学生身份证明：

- ☐ 日程表副本
- ☐ 学院或大学出具的声明
- ☐ 由学院出具、可证明申请人学生身份的其他函件

ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid / Family Health Plus / Child Health Plus

填写前，请完整阅读申请表的内容和说明。请用蓝色或黑色水笔以正楷填写。申请表填写不完全将无法得到处理，进而导致申请判定延迟。

A 节 申请人信息

请告知您的身份信息和联系方式。

正式名字	中间名首字母	正式姓氏

主要电话号码	其他电话号码	您使用哪种语言
☐ 住宅电话 ☐ 手机号 ☐ 工作电话 ☐ 其他	☐ 住宅电话 ☐ 手机号 ☐ 工作电话 ☐ 其他	讲话? _____ 阅读?_____

医疗保险 请寄送证明 申请人的家庭住址 ☐ 如无住处请勾选此处	街道		门牌号	
	城市	州	邮政编码	县/市
医疗保险 申请人的邮寄地址（如与上述地址不同）。	街道		门牌号	
	城市		州	邮政编码
选填项：如果您希望他人接收您的Medicaid通知，请提供此人的联系信息。我希望此联系人： 勾选所有适用项 ☐ 代我申请/续订 Medicaid ☐ 在需要时讨论我的 Medicaid 申请事宜或案例 ☐ 接收通知和信函	名称		州	
	街道	门牌号	邮政编码	
	城市		电话号码 ☐ 住宅电话 ☐ 手机号 ☐ 工作电话 ☐ 其他	

B 节 家庭信息

如您与家人同住，请先填写您自己的信息。如未与家人同住，则先填写家庭中任意一位成年人士的信息。列出正在申请或已经享有 Medicaid、Family Health Plus 或Child Health Plus福利人士的正式全名，列出其福利卡或医疗计划 ID 卡上的 ID 编号。必须提供以下家庭成员的相关信息，包括：父母、继父母和配偶。还可提供其他家庭成员的相关信息（例如：未满 21 周岁的受抚养子女）。列出其他家庭成员的信息，可能有助于获得更高的资格等级。孕妇及未满 19 周岁的儿童可不受其移民身份的限制而享受医疗保险。

	正式名字、中间名、姓氏	出生日期 请寄送证明	此人是否正在申请医疗保险?	此人是否已怀孕? 请寄送证明	此人是否为正在申请保险的儿童的父母?	与方框 1 中的人士有何关系?	如果此人享有公共医疗保险或以前曾经享有过，请勾选适用方框。	Social Security 号码（如有）	请勾选代表您当前公民身份或移民身份的方框。孕妇无需填写 请寄送证明	*种族/人种
01	_____ _____ 婚前全名（人们在结婚前的本名） _____ 出生城市 出生州 出生国家 _____ 申请人母亲的婚前全名	/ / ☐ 男 ☐ 女	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 何时到期? / /	☐ 是 ☐ 否	自己	☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 福利卡/计划卡上的 ID 编号（如知晓）：		☐ 美国公民 ☐ 移民/非公民 输入您获得移民身份的日期 _____/_____/_____ 月 日 年 ☐ 非移民（签证持有人） ☐ 以上皆不是	
02	_____ _____ 婚前全名（人们在结婚前的本名） _____ 出生城市 出生州 出生国家 _____ 申请人母亲的婚前全名	/ / ☐ 男 ☐ 女	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 何时到期? / /	☐ 是 ☐ 否		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 福利卡/计划卡上的 ID 编号（如知晓）：		☐ 美国公民 ☐ 移民/非公民 输入您获得移民身份的日期 _____/_____/_____ 月 日 年 ☐ 非移民（签证持有人） ☐ 以上皆不是	

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，即可提供社会安全号码，而无需提供身份证件或美国公民身份证明。

请寄送证明 请参阅第 1-3 页申请说明中介绍的“申请医疗保险所需文件”以及“医疗保险文件检查清单”，了解可证明身份、公民身份或移民身份的文件清单。

*种族/人种代码（可选）： A-亚洲人、B-黑人或非裔美国人、I-美国原住民或阿拉斯加原住民、P-夏威夷原住民或其他太平洋岛民、W-白人、U-未知。请告知您是否为西班牙裔或拉丁裔-H

NYS DOH (后接第 2 页)

B 节 家庭信息（接前页）

	正式名字、中间名、姓氏	出生日期 请寄送证明	此人是否正在申请医疗保险?	此人是否已怀孕? 请寄送证明	此人是否为正在申请保险的儿童的父母?	与方框 1 中的人士有何关系?	如果此人享有公共医疗保险或以前曾经享有过，请勾选适用方框。	Social Security 号码（如有）	请勾选代表您当前公民身份或移民身份的方框。孕妇无需填写 请寄送证明	*种族/人种
03	婚前全名（人们在结婚前的本名） 出生城市 出生州 出生国家 申请人母亲的婚前全名	/ / ☐ 男 ☐ 女	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 何时到期? / /	☐ 是 ☐ 否		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 福利卡/计划卡上的 ID 编号（如知晓）：		☐ 美国公民 ☐ 移民/非公民 输入您获得移民身份的日期 ___/___/___ 月 日 年 ☐ 非移民（签证持有人） ☐ 以上皆不是	
04	婚前全名（人们在结婚前的本名） 出生城市 出生州 出生国家 申请人母亲的婚前全名	/ / ☐ 男 ☐ 女	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 何时到期? / /	☐ 是 ☐ 否		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 福利卡/计划卡上的 ID 编号（如知晓）：		☐ 美国公民 ☐ 移民/非公民 输入您获得移民身份的日期 ___/___/___ 月 日 年 ☐ 非移民（签证持有人） ☐ 以上皆不是	
05	婚前全名（人们在结婚前的本名） 出生城市 出生州 出生国家 申请人母亲的婚前全名	/ / ☐ 男 ☐ 女	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 何时到期? / /	☐ 是 ☐ 否		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 福利卡/计划卡上的 ID 编号（如知晓）：		☐ 美国公民 ☐ 移民/非公民 输入您获得移民身份的日期 ___/___/___ 月 日 年 ☐ 非移民（签证持有人） ☐ 以上皆不是	
06	婚前全名（人们在结婚前的本名） 出生城市 出生州 出生国家 申请人母亲的婚前全名	/ / ☐ 男 ☐ 女	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 何时到期? / /	☐ 是 ☐ 否		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 福利卡/计划卡上的 ID 编号（如知晓）：		☐ 美国公民 ☐ 移民/非公民 输入您获得移民身份的日期 ___/___/___ 月 日 年 ☐ 非移民（签证持有人） ☐ 以上皆不是	
07	婚前全名（人们在结婚前的本名） 出生城市 出生州 出生国家 申请人母亲的婚前全名	/ / ☐ 男 ☐ 女	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 何时到期? / /	☐ 是 ☐ 否		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 福利卡/计划卡上的 ID 编号（如知晓）：		☐ 美国公民 ☐ 移民/非公民 输入您获得移民身份的日期 ___/___/___ 月 日 年 ☐ 非移民（签证持有人） ☐ 以上皆不是	

您的家庭中是否有任何人是退伍军人? ☐ 是 ☐否 如果选择“是”，请提供姓名: _____

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，即可提供社会安全号码，而无需提供身份证件或美国公民身份证明。

请寄送证明 请参阅第 1-3 页申请说明中介绍的“申请医疗保险所需文件”以及“医疗保险文件检查清单”，了解可证明身份、公民身份或移民身份的文件清单。

*种族/人种代码（可选）： A-亚洲人、B-黑人或非裔美国人、I-美国原住民或阿拉斯加原住民、P-夏威夷原住民或其他太平洋岛民、W-白人、U-未知。请告知您是否为西班牙裔或拉丁裔-H

C 节 家庭收入

请写明 B 节列出的每个人所收到的资金类型及相应金额**请寄送证明**

工作所得： 包括工资、薪金、佣金、小费、加班费和自主创业收入。如果您是自主创业，请勾选此处： ☐ 如果您没有工作收入，请勾选此处： ☐

申请人姓名	收入类型/雇主名称	金额？（税前）	多长时间收到一次？（每周一次，每月一次）

非劳动所得： 包括Social Security福利、残疾救济金、失业救济金、利息和股息、退伍军人福利、Workers' Compensation、子女抚养费/赡养费、租金收入、养老金、年金和信托收益。如果没有非劳动所得，请勾选此处： ☐

申请人姓名	收入/来源类型	金额？（税前）	多长时间收到一次？（每周一次，每月一次）

捐助： 亲戚或朋友、房客或寄宿者损赠的钱款（包括任何人每月支付给您、用以帮助您满足生活开支的资金）。 如果没有捐助所得，请勾选此处： ☐

申请人姓名	收入/来源类型	金额？（税前）	多长时间收到一次？（每周一次，每月一次）

其他： 临时（现金）援助、Supplemental Security Income (SSI)、学生助学金或贷款。如果没有此类收入，请勾选此处： ☐

申请人姓名	收入/来源类型	金额？（税前）	多长时间收到一次？（每周一次，每月一次）

1. 您或者 B 节中列出的任何成年申请人是否没有收入？ ☐ 否 ☐ 是 请提供无收入者的姓名。 _____

2. 如无上述任何一种收入来源，请说明您何以为生：
（例如：与朋友或亲戚同住）

3. 您或提出申请的任何人是否在过去 3 个月内换过工作或停止工作？ ☐ 否 ☐ 是
如果选择"是"：您的上一份工作为：日期：_____/_____/_____ 雇主名称：

4. 您或任何申请人是否为高职、本科或研究生在校生？ ☐ 否 ☐ 是
如果选择"是"： ☐ 全日制 ☐ 非全日制 ☐ 本科 ☐ 研究生 姓名：

5. 您是否需要聘请他人照顾孩子（或照顾身患残疾的成年人），以便自己可以上班或上学？ ☐ 否 ☐ 是

儿童/成人的姓名：	金额多少？ 美元	多长时间收到一次？（每周一次、每两周一次、每月一次）
儿童/成人的姓名：	金额多少？ 美元	多长时间收到一次？（每周一次、每两周一次、每月一次）
儿童/成人的姓名：	金额多少？ 美元	多长时间收到一次？（每周一次、每两周一次、每月一次）

6. 如果您没有资格享受 Medicaid 或Family Health Plus保险，仍可能有资格享受Family Planning Benefit Program。您是否愿意仅获得Family Planning Services？ ☐ 否 ☐ 是

D 节 医疗保险

即便您享有其他医疗保险，您与家人仍可能有资格享受本保险。

1. 申请人是否参加了 Medicare？ ☐ 否 ☐ 是 **如果选择“是”，请为每位 Medicare 受益人附上一份保险卡副本（红卡、白卡和蓝卡）。请寄送证明**
请完成本申请表的剩余内容，并填写附表 A。

2. 申请人是否已办理其他商业医疗保险，包括长期护理保险？ ☐ 否 ☐ 是 **如果选择“是”，请随本申请表一并附上保险卡正反两面的复印件。请寄送证明**

被保险人姓名（第一位）_____ 受保人_____ 保单费用_____ 保险结束日期，如即将结束_____/_____/_____
月 日 年

备注：如果您只准备申请Medicare Savings Program (MSP)，请转到第 G 节。无需填写附表 A。

3. 在身为公职人员的儿童父母/继父母中，是否有谁可以通过州健康福利计划获取家庭保险？（请参见说明） ☐ 否 ☐ 是
如果选择“是”，申请人任职的公共机构是否支付全部或部分医疗计划费用？ ☐ 否 ☐ 是

4. 过去 6 个月内，是否有人失去或取消通过雇主提供的任何类型的医疗保险？ ☐ 否 ☐ 是 （如果选择“否”，请转至问题 5） 如果选择“是”，那么您失去保险的日期是哪一天？ _____/_____/_____
月 日 年

您对本题的回答将帮助我们了解人们更改其医疗保险的原因。

不再拥有医疗保险的原因是什么？（请勾选一项）

☐ 1. 原受保人不再效力于提供该保险的雇主。
☐ 2. 雇主停止提供医疗保险。
☐ 3. 雇主停止向员工子女提供医疗保险，
或者停止为员工子女支付医疗保险费用，但仍然为员工投保。
☐ 4. 医疗保险成本增加，已无力负担。
☐ 5.Child Health Plus或Family Health Plus的费用低于申请人以前的保险费用。
☐ 6.Child Health Plus或Family Health Plus提供的福利优于申请人以前的保险。

5. 您目前的工作是否提供医疗保险？**我们可能会帮助您支付保费。** ☐ 否 ☐ 是 如果选择“是”，我们将向您发送一份“提供医疗保险的雇主信息请求”表。

E 节 住房开支

1. 每月住房开支，**如房租或房贷，包括物业税**（仅填写您本人负担的份额）。 $_____

2. 如您单独支付水费，支付金额是多少？$_____ **请寄送证明** 多长时间支付一次？ ☐ 每月一次 ☐ 一年两次 ☐ 每季一次（一年四次） ☐ 一年一次

3. 在您所得薪酬中，是否包括**免费**住房？ ☐ 否 ☐ 是

F 节 盲人、残疾人士、慢性病患者或需要疗养护理

这些问题能帮助我们确定哪种项目最适合申请人。

如果申请人中没有盲人、残疾人士、慢性病患者或入住疗养院者，停止 请转到第 G 节。

1. 您或与您同住且提出申请的任何人，是否居住在住院治疗机构中，或者在医院、疗养院或其他医疗机构接受**疗养护理**？ ☐ 否 ☐ 是
如果选择“是”，请完成本申请表并填写附表 A。

2. 您或与您同住的任何人，是否为盲人、残疾人士或慢性病患者？ ☐ 否 ☐ 是 如果选择“是”，请完成本申请表并填写附表 A。
备注：如果您只准备申请Medicare Savings Program (MSP)，请转到第 G 节。无需填写附表 A。

G 节 其他医疗相关问题

1. 在本月或本月之前三个月内，申请人是否有已付清或未付清的医疗或处方账单？ Medicaid 可能支付此类账单或为您报销相关费用。

☐ 否 ☐ 是 如果选择“是”：姓名：_____ 在前三个月的期限内，您的医疗账单费用是发生在哪一个月或哪几个月？_____

请寄送证明：**三个月期限内发生医疗账单费用的当月收入证明。如果您需要报销已经支付的医疗费用，请务必寄送缴费证明和相关文件副本。**

2. 在三个月期限之前，您或其他申请人是否有任何未付清的医疗或处方账单？ ☐ 否 ☐ 是

3. 在最近三个月内，您或其他同时申请的同住家庭成员是否由纽约州其他县市或其他州搬迁至本县/市？ ☐ 否 ☐ 是

如果选择“是”，请注明姓名：_____ 搬迁前居住在哪一个州？_____ 搬迁前居住在哪一个县/市？_____

4. 申请人是否涉及因伤害导致且正处于审理过程中的法律诉讼程序？ ☐ 否 ☐ 是 如果选择“是”，请注明姓名：_____

5. 申请人是否涉及Workers' Compensation索赔案例或因他人导致的受伤、疾病或残障情形（可由保险报销）？ ☐ 否 ☐ 是

如果选择“是”，请注明姓名：_____

H 节 父母或配偶不在家中居住或已亡故

为子女和孕妇提出申请的家庭不要求填写本节内容。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。如果父母中有任何一方不愿意提供此类信息，其子女仍可能具备申请资格。如果您担心提供不在家中居住的未成年人家长或配偶的相关信息会给自己带来生理或心理上的伤害，即可免于提供此类信息。这就是所谓的“**正当理由**”。当然，我们将询问您产生上述忧虑的合理原因。

1. 申请人的配偶或父母是否亡故？ ☐ 否 ☐ 是

如果选择“是”，请注明父母或配偶亡故的申请人姓名：_____（如果父母或配偶亡故，请转至问题 3）

2. 申请人（未成年人）的父母是否有任何一方不在家中居住？（如果选择“否”，请转至问题 3） ☐ 否 ☐ 是

如果您担心提供不在家中居住的未成年人家长的相关信息会给自己带来生理或心理上的伤害，请勾选此方框 ☐

子女姓名：	**不在家中居住的父母一方姓名** _____ **出生日期（如果已知）：** _____/_____/_____	**当前或最近能够获知的地址：** **街道：**_____ **城市/州：**_____ **SSN（如果已知）：** _____
子女姓名：	**不在家中居住的父母一方姓名** _____ **出生日期（如果已知）：** _____/_____/_____	**当前或最近能够获知的地址：** **街道：**_____ **城市/州：**_____ **SSN（如果已知）：** _____

3. 申请人的配偶是否不在家中居住？ ☐ 否 ☐ 是 如果选择“是”，请注明已婚申请人的姓名：_____

如果您担心提供不在家中居住的配偶的相关信息会给自己带来生理或心理上的伤害，请勾选此方框 ☐

不在家中居住的配偶正式姓名：	**出生日期（如果已知）：** _____/_____/_____	**当前或最近能够获知的地址：** **街道：**_____ **城市/州：**_____ **SSN（如果已知）：**

I 节 医疗计划的选择

如果您属于 Medicare 益人，**停止** 请跳过本节内容。

重要事项：参加Family Health Plus以及Child Health Plus的人员必须选择用于获取医疗服务的医疗计划。参加 Medicaid 的大部分人员也必须选择医疗计划；如果您未做出选择，我们将自动为您登记参加某一个计划，除非您属于豁免范畴。**针对 Medicaid 和Family Health Plus**：如需了解您所在县市提供的医疗计划详情、您的医生属于哪一个计划以及您是否必须参加某一个计划，请拨打 1-800-505-5678 联系New York Medicaid CHOICE。当然，您也可以联系或拜访本地Department of Social Services。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。如果您已经做出决定，请参考本节进行相关计划的选择。

备注：如果您或您的家人符合 Medicaid 的申请条件，同时所选择的医疗计划也提供 Medicaid 服务，则我们将在该医疗计划中为您登记注册。如果您所在县市没有 Medicaid 的受益人必须参加医疗计划的规定，您可以拨打电话或递交书面文件或者勾选此方框，以便告知本地Department of Social Services您不希望参加任何一个医疗计划。☐

正式姓氏	正式名字	出生日期	SSN	您参加的医疗计划名称	首选医师或医疗中心（可选）如果选择您当前的医疗服务提供者，请勾选此方框	妇产科（可选）
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

J 节 签名

我同意，仅在 Medicaid 、Family Health Plus、Child Health Plus、第 I 节指定医疗计划、本地社会服务部门和协助申请的便民登记机构之间分享本申 请表上的信息及其年度更新信息。我也同意，向为申请人提供服务的学校医疗中心分享上述信息。我明白，分享上述信息旨在判断申请 Medicaid 、Family Health Plus、Child Health Plus的资格条件，或评估此类项目的运营管理情况。所有成年申请人必须在下方空白处签署本申请表。通过签署本申请表，即表示我明白 Medicaid 、Family Health Plus以及Child Health Plus的所有申请人如符合条件，将被纳入相应的项目当中。**我已经通读并了解本申请手册下一页所列“条款、权利与义务”一节的内容。** 本人证明，据我所知本申请表上的所有内容均属实，如有不实依法甘受伪证罪之罚。

日期 _____ 成年申请人或申请人授权代表签名 _____

日期 _____ 成年申请人或申请人授权代表签名 _____

通过填写并签署本申请表，即表示我申请参加 Medicaid、 Family Health Plus以及Child Health Plus。我明白，本申请表连同有关通知和其他补充材料将送交待申请项目的所属管理机构。我同意公开本申请表提供的个人信息和财务信息以及其他必需信息，以供有关部门审核我是否符合参加项目的资格。我明白，日后我可能还需要提供更多材料。我同意，在本申请表上的信息发生任何变更时，第一时间向有关部门报告。

- 我明白，我必须提供必要的信息来证明自己符合各计划的申请条件。如果我已经无法提供 Medicaid 或Family Health Plus所需的信息，我会向Department of Social Services说明情况。Department of Social Services可帮助我获取相关信息。
- 如果我申请项目的机构并非本地Department of Social Services，并且在本次申请的过程中，我的子女经审核不符合 Medicaid 的申请条件，我可以与本地Department of Social Services联系，为子女争取以其他条件参加 Medicaid 的机会。
- 我明白，我或我的家人提出申请的项目所属管理部门将派出工作人员来核实本申请表中提供的信息。上述项目管理部门将根据 42 U.S.C. 1396a (a) (7) 和 42 CFR 431.300-431.307 以及联邦/纽约州的任何适用法律法规要求，对申请表的相关信息严格保密。
- 对于申请Child Health Plus，我同意支付 New York State政府缴纳份额以外的适用保费。
- 我明白， Medicaid 、Family Health Plus以及Child Health Plus不会为我支付应由保险公司或其他人缴纳的医疗费用，此外，如果我申请 Medicaid 或Family Health Plus，即表示在我享受项目福利期间，我将向配偶或 21 周岁以下未成年人父母追索和接收医疗资助的所有权利，以及向第三方追索和接收医疗费用的权利让渡给项目管理部门。
- 对于医疗保险或事故保险福利或者我有权享受的任何其他资源，我都会在必要时提出索赔申请。我明白，如果使用医疗保险对我（或我为之承担法律责任的人员）的健康或安全造成威胁，我有权以正当理由拒绝在使用医疗保险的事务上与有关部门合作。
- 我明白，我参加上述项目的资格不会受到我的种族、肤色或原国籍影响。我也明白，根据各项目的不同要求，我的年龄、性别、残障程度或公民身份可能成为决定我是否合格的影响因素。
- 我明白，如果我的子女参加 Medicaid 或Family Health Plus，他/她即可获得基础医疗护理和预防医疗护理，包括通过“Child/Teen Health Program”提供的所有必需医疗服务。如需了解有关“Child/Teen Health Program”的更多信息，我可以联系本地社会服务部门。
- 我明白，任何人为获取上述项目的服务而故意撒谎或隐瞒真相，均属于犯罪行为并将遭致联邦政府和州政府的惩罚，他/她需要返还已领取的福利金额，同时缴纳罚款。New York State Department of Tax and Finance有权审查本申请表上的收入信息。

SOCIAL SECURITY号码

Child Health Plus：参加Child Health Plus无需提供SSN。但是如果我的子女有SSN，我会在为其申请Child Health Plus时提供这一信息。 Medicaid 或Family Health Plus：所有申请人均需提供SSN，除非其为孕妇或不具备资格的外籍居民。如果我的家庭成员不申请社会福利，则无需提供其自身的SSN。我明白，上述要求源自联邦法律（即 42 U.S.C. 1320b-7 (a)）以及Medicaid的相关法规（即 42 CFR 435.910）。申请人提供的SSN有很多用途，例如用于Department of Social Services（DSS）内以及 DSS 与联邦政府、州政府和地方机构之间的事务，其使用地点可能在纽约州，也可能在其他司法辖区。使用SSN的示例如下：核实身份，确定并验证劳动所得和非劳动所得，了解无监护权的家长是否能为申请人投保医疗保险，了解申请人是否能获得医疗费用的资助，以及了解申请人是否能获得资金或其他支持。SSN的另一个用途是在中央政府Medicaid管理机构内部以及部门之间确定项目受益人的身份，以确保受益人能够享受适当的服务。此外，如果我在本联合申请表中提出申请其他项目，则此类项目也可获取我的SSN并将其纳入项目管理范畴。

仅适用于 MEDICAID 申请人

- **披露教育档案**
  我允许本地Department of Social Services和New York State获取有关我子女（此处指定）教育档案的任何信息，以便申请 Medicaid 的报销款项来支付与医疗相关的教育服务费用，其他用途仅限于向相应联邦政府机构提供此类信息以满足审计要求。
- Early Intervention Program
  如果我的子女需要参加New York State Early Intervention Program或接受其评估，我允许本地Department of Social Services和 纽约州政府向我所在县市的“Early Intervention Program”管理部门披露我的子女申请 Medicaid 的材料信息，以便其为 Medicaid 开立缴费账单。
- **医疗费用的报销**
  我明白，我有权在申请 Medicaid 的过程中或之后一段时间内，要求报销我在申请前三个月时间内所接受且属于报销范围内的医疗护理、服务和供应品费用。至于申请日期之后的报销事宜，则只有在 Medicaid 认可的注册医疗服务提供者处接受医疗护理、服务和供应品，才能报销医疗费用。

FAMILY HEALTH PLUS AND MEDICAID MANAGED CARE

我明白，为享受Family Health Plus的福利，我必须参加一个管理式医疗计划。我也了解在某些县市，参加医疗计划可能是享受 Medicaid 福利的必要条件。我已经通过阅读材料了解到：如何确定我所在县市是否有 Medicaid 受益人必须参加医疗计划的规定，以及如何确定我可以参加Family Health Plus以及 Medicaid 提供的哪些计划。我明白，如果我符合Family Health Plus的申请条件，我将被纳入我先前选择的Family Health Plus所列计划。我/我们也明白，如果我/我们符合 Medicaid （而不是Family Health Plus）的申请条件，并且我/我们所在县市有 Medicaid 受益人必须参加管理式医疗计划的规定，则我/我们将被纳入我/我们先前选择的医疗计划，除非该计划不属于 Medicaid 的管理式医疗范围。

如果我/我们所在县市没有 Medicaid 受益人必须参加管理式医疗计划的规定，我/我们仍将被纳入我/我们先前选择的医疗计划，除非我/我们以书面文件形式通知本地Department of Social Services，或勾选第 I 节的方框，表示我/我们不愿意参加该计划。

我已经通过阅读材料了解到：如何确定我作为管理式医疗计划会员应享受的权利和福利，以及管理式医疗计划会员享受福利的限制条件。我明白，在Family Health Plus以及 Medicaid 的管理式医疗计划，我必须选择一位主治医师 (PCP)，而且我参加的医疗计划将至少提供三位主治医师让我选择。我明白，一旦参加医疗计划，我就必须向该计划中注册的主治医师和其他医师求医，只有少数例外情况。

我明白，如果我的子女在我参加 Medicaid 的管理式医疗计划期间降生，他/她将被纳入我所在的同一医疗计划。我明白，如果我的子女在我参加Family Health Plus所列计划期间（该计划亦属于 Medicaid 的管理式医疗范围）降生，他/她将被纳入我所在的同一医疗计划。

- **披露医疗信息**
  我同意在以下情形中披露我（以及我有权代为表示同意的任何家庭成员）的任何相关医疗信息：
  - 由我的主治医师，任何其他医疗服务提供者或New York State Department of Health (NYSDOH) 向我的医疗计划以及照顾我或我家人的任何医疗服务提供者披露合理的必要信息，以便我的医疗计划或医疗服务提供者开展治疗、缴费或保健工作。这其中包括药房信息以及其他有助于为我进行医疗管理的医疗诊断信息；
  - 由我的医疗计划和任何医疗服务提供者向 New York State Department of Health (NYSDOH) 以及其他联邦政府、州政府和地方机构的主管部门披露，以满足 Medicaid、 Family Health Plus 以及 Child Health Plus 的运营管理要求；
  - 由我的医疗计划向其他人或其他机构披露合理的必要信息，以便我的医疗计划开展治疗、缴费或保健工作。

我也同意，我和我家人的 HIV、心理健康、酒精和药物滥用信息可在法律允许的范围内应治疗、缴费和保健工作的需要而披露，除非我撤销该同意声明。

如果家庭中有一名以上的成年人参加 Medicaid 或Family Health Plus的医疗计划，则此处所述有关披露信息的同意声明必须要求所有参与申请的成年人签名。

- **医疗费用的报销**
  我明白，如果经审核符合Family Health Plus的申请条件，我将在完整申请表提交之日起 90 天内正式获准参加该项目。如果上述过程出现错误或延迟， Medicaid 可为我报销因此处所述错误或延迟而导致的合理医疗费用。只有在我的医疗服务提供者属于 Medicaid 注册医疗服务提供者的情形下， Medicaid 才会替我向其支付任何医疗费用的欠款。

仅限官方使用				
由协助完成申请流程的工作人员填写				
获取申请资格材料的工作人员签名： X_____		雇用机构：（请勾选一项）☐ 社区便民登记机构 ☐医疗计划 ☐ Department of Social Services ☐ 医疗服务提供者所在机构 ☐ 有资质的实体 雇主名称：_____		
由便民登记机构工作人员填写				
便民登记机构工作人员：		主要机构/计划名称：		主要组织/计划 ID：
协助填写申请表 所用语言：	申请起始日期：	申请表序列号：	申请 结束日期：	儿童申请的类别代码： Medicaid _____ Child Health Plus _____
由本地Department of Social Services使用				
资格核实人：	日期：	资格审批人：		日期：
中心办公室：	申请日期：	单位 ID：		工作人员 ID：
案例名称：	行政区划：	案例类型：		案例编号：
生效日期：	MA 处理原因代码： ☐ 拒绝代码： ☐ 撤销	代理： ☐ 是 ☐ 否	登记编号：	版本：
由Child Health Plus所列计划使用				
CHPlus 处理： ☐ 批准 ☐ 拒绝	拒绝代码：	生效日期：	儿童登记编号 (CHPlus)：	