Washington State Department of Social & Health Services
MAA Medical Assistance Administration

兒童健康計畫申請表格
Application For Children's Health Program

請回答所有問題，並將收入證明寄給本處。填妥之表格及證明文件請寄：PO Box 45531, Olympia, WA 98599-5531，或發傳真至：1-866-720-2892。

☐ 如果您需要獲得關於現金補助或食品補助計畫的資訊，請勾選此方框。

1.名	中間名縮寫字母	姓	
2. 居住地址　街道名稱與門牌號碼	城市	州	郵遞區號
3.通訊地址（若與上不同則請填寫）街道名稱與門牌號碼	城市	州	郵遞區號
4.電話號碼	5.您在英語的說、讀、寫方面是否有困難？　是 ☐ 否 ☐ 若答案是肯定的，您講哪種語言？		
6. 我家中有人已懷孕。　是 ☐　否 ☐ 若答案是肯定的，是何人？		預產期	
7. 我家中有人現在或在過去三個月內有健康緊急狀態。　是 ☐　否 ☐ 若答案是肯定的，是何人？			

一般資訊

8. 開列**住在**您家中的**所有成員**。如您沒有社會安全號碼，可不填寫此欄。**若您有顯示移民身份的證明文件，請提供影印件。**這項資訊將不會向美國移民及公民服務局(USCIS)披露。

姓名（名，中間名，姓）	與您的關係？	出生日日（月-日-年）	社會安全號碼	性別 男/女	是否為美國公民？ 是	否	如**不是**美國公民請填此欄：您是否有移民身份證件？ 是	否	抵達美國的日期
	您自己				☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	
					☐	☐	☐	☐	

9. 住在您家的兒童中，是否有人已有健康保險？　是 ☐　否 ☐

10. 住在您家的兒童中，是否有人在過去三個月中曾有未付清的醫療帳單？　是 ☐　否 ☐

掙得收入

請填寫（扣稅及扣除開支前的）掙得收入總額。請提供有關收入之證明文件，例如：薪金支票存根、僱主陳述文件、能顯示您直接存儲之銀行報告單，或由瞭解您狀況的人所作的陳述。

11.	12.
a) 您的僱主之姓名及電話號碼 ( )	a) 配偶（或同住之另一位家長）之僱主姓名及電話號碼。 ( )
b) 在您提出申請的當月，您預期可收到（扣稅及扣除開支前的）總額為：$	b) 在您提出申請的當月，他（她）們預期可收到（扣稅及扣除開支前的）總額為：$
c) 您是否為自僱職業者？ 是 ☐ 否 ☐	c) 他（她）們是否為自僱職業者？ 是 ☐ 否 ☐
d) 我沒有掙得收入。 是 ☐ 否 ☐	d) 他（她）們沒有掙得收入。 是 ☐ 否 ☐

非掙得收入/開支

其他收入	在您提出申請的當月，您預期可收到的金額	哪一位家庭成員獲得此項收入？
13.失業福利金		
14.兒童贍養費		
15.其他（請解釋）		

16.當您上班時，您是否付費請其他人照顧您的孩子，或一位靠您生活的成人？ 是 ☐ 否 ☐	若答案是肯定的，每月數額多少？
17.您是否為一個不和您同住的孩子支付贍養費？ 是 ☐ 否 ☐	若答案是肯定的，每月數額多少？

選填資訊

我們請您自願填寫您的種族或族裔背景。這項資訊將不用於考慮您是否有資格享受福利。

☐ 美國印第安人或阿拉斯加本土居民
☐ 亞裔
☐ 黑人或非洲裔美國人
☐ 西班牙裔或拉美裔
☐ 夏威夷土著或其他太平洋群島居民
☐ 白人
☐ 其他 _____

請於簽名前仔細閱讀

此申請書僅用於申請兒童健康計畫福利。若您家中任何成員已獲得或願意申請現金補助、基本食品補助或其他福利，請與當地社會福利服務部社區服務辦事處(CSO)聯絡。

- 社會福利服務部為確定您是否符合資格，可能要求您提供證明，以證實您給他們的資訊。您可以請社會福利服務部協助獲取證明資訊。
- 由於您要求並獲得醫療保健福利，您將把您對醫療支持以及任何與醫療保健相關的第三方付款之一切權利交付給華盛頓州政府。
- 社會福利服務部可能會向兒童免疫追蹤系統提供您孩子的免疫史。

聲明與簽署

我已閱讀並理解此申請表格中的資訊。本人特此聲明，據我所知，本人在申請表格中提供的資訊屬實、正確且完整。如有不實之處，願受僞證罪處罰。

申請人簽名	日期
協助者或代表之姓名	電話號碼

禁止在社會福利服務部的任何計畫和活動中進行歧視。禁止以種族、膚色、宗教信條、政治信仰、原國籍、宗教、年齡、婚姻性別或殘障為由而拒絕於任何人參加這些計畫及活動。