收入情況

請填寫（扣稅或支出前的）總收入。

（請隨附最近三十天的收入證明）

11 家長的僱主之姓名和電話號碼

（　　）

12 最近30天在扣稅或支出前您獲得的收入金額：

$_____

其中有多少來自僱業收入？*

$_____

13 配偶（或在家中居住的另一位家長）的僱主之姓名和電話號碼：

（　　）

14 您的配偶（或在家中居住的另一位家長）最近30天在扣稅或支出前所獲得的收入金額：

$_____

其中有多少來自僱業收入？*

$_____

*若您或您的配偶（或在家中居住的另一位家長）是自僱業者，您還可能獲得其他稅額減免。請電1-877-KIDS-NOW，可獲得更詳細的資訊或者辦理申請手續方面的協助。

其他家庭收入	最近30天的收入金額	這是哪一位家庭成員掙得的收入？
15 兒童贍養費	$	
16 撫養費	$	
17 社會安全保險金	$	
18 失業救濟金	$	
19 投資收入/利息/股息	$	
20 退役軍人福利金	$	
21 勞工與工業補償金	$	
22 軍人養家費	$	
23 其他（請說明）	$	

24 您是否需要幫助，以便支付您為其辦理申請手續的任何一名子女在最近三個月內未付的醫療費？ 是 ☐ 否 ☐

若"是"，請隨附相關月份的全部家庭收入文件副本，以便我們審閱。

健康保險資訊

若您的子女已有健康保險，請向我們提供相關資訊。

25A 您為其辦理申請手續的子女中是否有任何人已有健康保險？ 是 ☐ 否 ☐

25B 若"是"，該項保險是否支付醫生門診、住院治療、X光透視（放射科）以及化驗服務？ 是 ☐ 否 ☐

26A 在過去四個月中，您的子女是否享有由僱主提供的健康保險？ 是 ☐ 否 ☐

26B 若"是"，您為您子女支付的保險費每月是否少於50美元？ 是 ☐ 否 ☐

27 若您對以上任何問題（25a.或b.或者26a.或b）回答"是"，請列出為您子女提供健康保險服務的保險公司之名稱或僱主的姓名。

保險公司或僱主	保單號碼	受保人姓名	受保人的社安號碼（自願填寫）

兒童的族裔背景（自願填寫此資訊）

請您自願向我們提供您子女的族裔背景資訊。在審定您的福利資格時將不考慮這一資訊。

☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ☐ 亞裔 ☐ 黑人或非洲裔美國人 ☐ 西班牙裔或拉丁裔

☐ 夏威夷本土人或其他太平洋群島居民 ☐ 白人 ☐ 其他族裔 _____

在由社會福利服務部管理和舉辦的所有計畫和活動中都禁止歧視。禁止以種族、膚色、信仰、政治信念、原國籍、宗教、年齡、性別或身體殘障為由而將任何人排斥在計畫活動之外。

在簽名之前請仔細閱讀

此申請表格僅用於為您的子女申請醫療福利。若您家中已有人領取或希望申請現金補助、基本食物補助或其他福利，請聯絡您當地的社會福利服務部社區辦事處(CSO)。

- 社會福利服務部可能會要求您證實您所提供的資訊，以確定您是否符合資格。您可以請社會福利服務部協助您取得證明文件。
- 您所提供的資訊可能會由其他的州或聯邦政府機構進行審核。將不會向移民局(INS)透露這一資訊。
- 提出申請並獲得保健福利將使華盛頓州府獲得對任何醫療幫助及任何醫療保健第三方付款的全部權利。
- 社會福利服務部可能會向兒童間況免疫追蹤系統透露您孩子的免疫接種史。

聲明與簽名

本人已閱讀並理解此申請中的資訊。本人聲明，據我所知，我在此申請表格中所提供的資訊均屬實、正確且完整，否則願受偽證罪處罰。

申請人簽名

X _____ _____ 日期

如何遞交

請寄往：

Dept. of Social and Health Services
P.O. Box 45449
Olympia, WA 98504-5449

需要幫助？若您需要幫助或有疑問，請電：

1-877-KIDS-NOW.
(1-877-543-7669)

若需瞭解您本社區提供的幫助，請電：

Washington State Department of Social & Health Services

兒童醫療補助申請

Healthy Kids Now! HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

此申請表格僅適用於19歲以下的少年兒童申請醫療保險福利。任何人都可以為兒童申請醫療福利，兒童也可以為自己申請福利，**本處將為方框1中的列名者寄送所需的詳細資料**。若您有任何疑問或者需要幫助填寫此表格，請電1-877-543-7669。我們將樂於協助您！

請用黑色或藍色筆工整填寫，不要用鉛筆。（請列出接受詳細資料的家長、監護人或聯繫人）

1 名　　中間名縮寫　　姓

2 您的住址　　街道名稱與門牌號碼　　城市　　州　　郵遞區號

3 郵寄地址（若與上述地址不同請填寫）　　街道名稱與門牌號碼　　城市　　州　　郵遞區號

4 電話號碼

住宅電話 (　)

工作電話 (　)

留言電話 (　)

5 在讀、寫或講英語方面您是否有困難？　是 ☐　否 ☐

您需要何種語言或版本格式的資料？ _____

您是否需要一位口譯人員？（若是這樣，我們將透過口譯人員來幫助您。）　是 ☐　否 ☐

您講哪一種語言？ _____

6 您家中是否有19歲以下的子女患有需要立即治療的病症？　是 ☐　否 ☐

您家中是否有人懷孕？　是 ☐　否 ☐

若是，請問是誰？ _____

一般資訊

7 請列出與您住在一起的家庭成員。
（若需要填寫更多的家庭成員，請另加附頁。）

姓名（名、中間名縮寫、姓）	與您的關係	出生日期（月/日/年）	社會安全號碼 ＊＝自願填寫	性別 男或女	是否是美國公民 是　否	若子女不是美國公民，請填寫此欄		
						該名子女是否擁有身份證明文件？ 是　否	請寫明該名子女到達美國的時間	該名子女是否有贊助人？ 是　否
A.家長、監護人或您本人			*		☐ ☐			
B.配偶或其他家長（若住在家中，則請填寫）			*		☐ ☐			
C. 請列出（希望獲得醫療福利的）19歲以下的少年兒童					☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐
D.					☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐
E.					☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐
F.					☐ ☐	☐ ☐		☐ ☐
G. 請列出住在家中（不希望獲得醫療福利的）其他成人/子女			*			註：請隨附子女的身份證明文件。		
			*					

8 您家中是否有19歲以下的子女患有殘障？　是 ☐　否 ☐

若"是"，請問是誰？ _____

支出情況

此項資訊有助於使您的子女符合資格條件。

9 在上班時，您是否支付托兒費？　是 ☐　否 ☐　若"是"，請問每月支付金額是多少？$_____

在上班時，您是否付費請人照看患有殘障的成人？　是 ☐　否 ☐　若"是"，請問每月支付金額是多少？$_____

10 您是否為不在您家居住的子女支付法庭裁定的兒童贍養費？　是 ☐　否 ☐　若"是"，請問每月支付金額是多少？$_____