

马萨诸塞州医疗与牙科保险 及帮助支付费用申请表 — 附加人士



来自步骤 1 的主要联系人

步骤 2 第 **位人士** 如果您有超过四人需要包括在本申请表中, 请使用本附加人士表格。填写附加页面时, 请务必告诉我们每个人与申请表中每一位其他人士的关系。我们需要这些信息以便确定资格。

1. 名、中间名、姓和后缀

2. 与第 1 位人士的关系

与第 2 位人士的关系

与第 3 位人士的关系

与第 4 位人士的关系

与第 5 位人士的关系

与第 6 位人士的关系

该人士与第 1 位人士同住吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答否, 请列出地址。

3. 出生日期(月/日/年)

4. 该人士出生时的性别是什么? ☐ 男 ☐ 女
这通常是他们的出生证明上最初列出的性别。

选择回答: 请参阅第 1 位人士下方问题 5-9 的说明。

5. 以下哪一项最适当地描述该人士目前的性别认同? 请最多选择五项。

- ☐ 男 ☐ 女 ☐ 跨性别男性 ☐ 跨性别女性
☐ 性别酷儿/非常规性别/非二元性别/既非男性亦非女性
☐ 性别认同未列出。请具体说明 _____ ☐ 不知道 ☐ 选择不回答

6. 以下哪一项描述了该人士目前的性取向? 请最多选择五项。

- ☐ 异性恋 ☐ 女同性恋或男同性恋 ☐ 双性恋 ☐ 酷儿、泛性恋或性别质疑
☐ 性取向未列出。请具体说明 _____ ☐ 不知道 ☐ 选择不回答

7. 该人士是西班牙裔或拉丁裔血统或后裔吗?

- ☐ 是, 西班牙裔或拉丁裔 ☐ 否, 非西班牙裔或拉丁裔 ☐ 不知道 ☐ 选择不回答

8. 种族

9. 族裔

10. 该人士有社会安全号码(SSN)吗? ☐ 是 ☐ 否 (如果不在申请, 则为选择回答)
我们需要每个申请医疗保险且有社会安全号码(SSN)的人的 SSN。

有关重要的 SSN 信息以及如何申请 SSN, 请参阅第 1 位人士下方问题 10 的说明。

如果回答是, 请告诉我们社会安全号码。 _____ - _____ - _____

如果回答否, 请勾选以下一个原因。 ☐ 疾病例外情况 ☐ 刚刚申请 ☐ 非公民例外情况 ☐ 宗教例外情况

该人士在本申请表中的姓名与该人士的社会安全卡中的姓名相同吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答否, 该人士的社会安全卡中是什么姓名?

名、中间名、姓和后缀

11. 如果该人士获得提前保费税收抵免(APTC), 该人士同意提交收到抵免税收年度的联邦税表吗? ☐ 是 ☐ 否

请参阅第 1 位人士下方问题 11 的说明。

如果回答是, 请回答问题 a-d。如果回答否, 请跳至问题 d。

a. 该人士合法结婚了吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答否, 请跳至问题 11c。如果回答是, 请列出配偶的姓名和出生日期。

b. 该人士计划在该人士申请的纳税年度与其配偶提交联合联邦税表吗? ☐ 是 ☐ 否

c. 该人士将在该人士申请的年度在联邦所得税表中申报任何受抚养人吗? ☐ 是 ☐ 否

该人士将在联邦所得税表中为本申请表中作为受抚养人列出的任何个人申请个人免税扣除额, 此类个人通过 Massachusetts Health Connector 注册参加保险, 并且其保费全部或部分通过预付款支付。请列出受抚养人的姓名和出生日期。

- d. 该人士在该人士申请的年度会在其他人的联邦所得税表中被申报为受抚养人吗？ ☐ 是 ☐ 否
如果其他人在其联邦所得税表中将该人士申报为受抚养人，这可能会影响他们获得保费税收抵免的能力。如果该人士是被非监护父母申报的、年龄在 21 岁以下的儿童，请勿对这个问题回答是。如果回答是，请列出报税人的姓名。

报税人的出生日期 _____ 该人士与报税人是什么关系？ _____

报税人已婚并提交联合税表吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，请列出配偶的姓名和出生日期。 _____

报税人还将哪些其他人申报为受抚养人？ _____

- e. 该人士是因为是家庭虐待或遗弃的受害者而单独报税吗？ ☐ 是 ☐ 否

12. 该人士在申请医疗或牙科保险吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，请回答以下所有的问题。如果回答否，请回答问题 18 和问题 19，然后转入“收入信息”。

13. 该人士是美国公民或美国国民吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，该人士是归化公民、派生公民或获得公民（不是在美国出生）吗？ ☐ 是 ☐ 否

外国人号码 _____ 入籍或公民证书号码 _____

14. 如果该人士是非公民，该人士具有合格的移民身份吗？ ☐ 是 ☐ 否

■ 请参阅第 1 位人士下方问题 14 的说明。

- a. 该人士是合法永久居民 (LPR 或绿卡持有者)、古巴-海地入境者 (CHE) 或《自由联合协定》(COFA) 移民吗？

☐ 是 ☐ 否、不确定或不愿回答

- b. 该人士有移民文件吗？ ☐ 是 ☐ 否

身份授予日期 (月/日/年) _____ (如果是受虐者，请输入诉状的批准日期。)

移民身份 _____ 移民文件类型 _____

文件 ID 号码 _____ 外国人号码 _____

护照或文件失效期 (月/日/年) _____ 国家 _____

- c. 该人士在本申请表中使用的姓名与该人士获得移民身份时使用的姓名相同吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答否，该人士曾使用了什么姓名？名、中间名、姓和后缀 _____

- d. 该人士是在 1996 年 8 月 22 日后抵达美国的吗？ ☐ 是 ☐ 否

- e. 该人士是美国军队光荣退役退伍军人或现役军人或美国军队光荣退役退伍军人或现役军人的配偶或子女吗？

☐ 是 ☐ 否

- f. 选择回答：该人士是 ☐ 严重人口贩运的受害者；☐ 人口贩运受害者的配偶、子女、兄弟姐妹或父母；

☐ 受虐配偶；或 ☐ 受虐配偶的子女或父母吗？

15. 该人士住在马萨诸塞州，并且打算居住在这里（即使他们没有固定地址）或者该人士是有工作承诺或为了寻找工作进入马萨诸塞州的吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果该人士是为了个人休闲或在护理设施以外的环境中接受医疗护理前来马萨诸塞州访问，您必须对这个问题回答否。

16. 该人士是与至少一名 19 岁以下的孩子同住并且该人士是照顾该孩子或这些孩子的主要个人吗？ ☐ 是 ☐ 否

孩子的姓名和出生日期 _____

17. 该人士有已经持续或预计将持续至少 12 个月的受伤、疾病或残障（包括致残的精神病）吗？如果是法定盲人，请回答是。

☐ 是 ☐ 否

18. 该人士因残障或受伤需要合理的便利设施吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，请填写本申请表的其余部分，包括“附件 C：便利设施”。

19. 该人士怀孕了吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，该人士预计将分娩几个孩子？ _____ 预产期是哪一天？ _____

20. 选择回答 该人士患有乳腺癌或宫颈癌吗？ ☐ 是 ☐ 否 (可能适用特别保险规定。)

21. 选择回答 该人士是艾滋病毒 (HIV) 阳性吗？ ☐ 是 ☐ 否 (MassHealth 对艾滋病毒阳性的人有特别保险规定。)

22. 该人士曾被寄养吗？ ☐ 是 ☐ 否
- a. 如果回答是, 该人士曾在哪一个州被寄养? _____
- b. 该人士曾通过州立 Medicaid 计划获得医疗保健吗? ☐ 是 ☐ 否

收入信息 (您可以随本申请表送交所有家庭成员收入证明)

23. 该人士有任何收入吗? ☐ 是 ☐ 否
- 如果该人士没有任何收入, 请跳至问题 37。

就业 | 如果该人士需要更多空间, 请另附一张纸。

24. 目前的第一份工作: 雇主名称和地址 _____	联邦税收 ID 号码 _____
25. a. 工资/小费 (税前) \$ _____ ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月两次 ☐ 每月 ☐ 每季度 ☐ 每年 (减去任何税前扣除额, 例如非应税医疗保险保费。)	
b. 收入生效日期 _____	
26. 每周平均工作时数 _____	
27. 该人士是季节工吗? ☐ 是 ☐ 否 如果回答是, 该人士每个日历年度哪些月份工作? ☐ 一月 ☐ 二月 ☐ 三月 ☐ 四月 ☐ 五月 ☐ 六月 ☐ 七月 ☐ 八月 ☐ 九月 ☐ 十月 ☐ 十一月 ☐ 十二月	
28. 目前的第二份工作: 雇主名称和地址 _____	联邦税收 ID 号码 _____
29. a. 工资/小费 (税前) \$ _____ ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月两次 ☐ 每月 ☐ 每季度 ☐ 每年 (减去任何税前扣除额, 例如非应税医疗保险保费。)	
b. 收入生效日期 _____	
30. 每周平均工作时数 _____	
31. 该人士是季节工吗? ☐ 是 ☐ 否 如果回答是, 该人士每个日历年度哪些月份工作? ☐ 一月 ☐ 二月 ☐ 三月 ☐ 四月 ☐ 五月 ☐ 六月 ☐ 七月 ☐ 八月 ☐ 九月 ☐ 十月 ☐ 十一月 ☐ 十二月	
32. 自雇职业: 该人士是自雇职业者吗? ☐ 是 ☐ 否	
a. 如果回答是, 该人士从事哪一种类型的工作? _____	
b. 该人士每月平均从这种自雇职业获得多少净收入 (支付业务费用后的利润或亏损)? \$ _____ / 每月利润或 \$ _____ / 每月亏损	
c. 该人士每周工作多少小时? _____	

其他收入

33. 请勾选所有适用的项目。填写金额和该人士领取的频率。注释: 您无需填写子女抚养费、非应税退伍军人津贴、补充安全收入 (SSI) 或大多数工伤补偿收入。
- ☐ 社会安全福利 \$ _____ 多久一次? _____
- ☐ 失业金 \$ _____ 多久一次? _____
- ☐ 退休金或养老金 \$ _____ 多久一次? _____ 来源 _____
- ☐ 利息、股息和其他投资收入 \$ _____ 多久一次? _____
- ☐ 应税退伍军人福利 \$ _____ 多久一次? _____
- ☐ 应税军人退休金 \$ _____ 多久一次? _____
- ☐ 收到的赡养费 \$ _____ 多久一次? _____
- 如果该人士从 2019 年 1 月 1 日前判决的离婚、分居协议或法院命令收到赡养费, 请在此处输入这些款项的金额。
\$ _____
- ☐ 其他应税收入 \$ _____ 多久一次? _____ 类型 _____
- ☐ 净租金或版权收入 \$ _____ / 利润或 \$ _____ / 亏损 多久一次? _____
- ☐ 资本利得: 该人士每月将从该资本利得平均获得多少净收入或亏损?
\$ _____ / 利润或 \$ _____ / 亏损

- ☐ 净农业或渔业收入 \$ _____ / 利润或 \$ _____ / 亏损 每周多少小时? _____
- ☐ 彩票中奖和赌博收入 \$ _____ 生效日期 _____
多久一次? ☐ 一次性 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月两次 ☐ 每月 ☐ 每年
非现金奖励不被视为合格的彩票中奖和赌博收入。金额中请勿包含任何亏损。

一次性收入

34. 该人士在本日历年度曾收到或将收到一次性付款收入吗? ☐ 是 ☐ 否
其中一个例子可能是一次性养老金付款。
如果回答是: 类型: _____ 金额 \$ _____ 收到的月份 _____ 收到的年份 _____
35. 该人士在下一个日历年度将收到一次性付款收入吗? ☐ 是 ☐ 否
如果回答是: 类型: _____ 金额 \$ _____ 收到的月份 _____ 收到的年份 _____

扣除额

36. 该人士在所得税表中报告了哪些扣除额?
■ 请参阅第 1 位人士下方问题 36 的说明。
- ☐ 教育工作者费用: 年度金额 \$ _____
- ☐ 预备役军人、表演艺术家或按服务收费政府官员的某些业务费用: 年度金额 \$ _____
- ☐ 健康储蓄账户扣除额: 年度金额 \$ _____
- ☐ 军人搬家费用: 年度金额 \$ _____
- ☐ 自雇职业税收可扣除部分: 年度金额 \$ _____
- ☐ 对自雇职业 SEP、SIMPLE 和合格计划的供款: 年度金额 \$ _____
- ☐ 自雇职业医疗保险扣除额: 年度金额 \$ _____
- ☐ 提前提取储蓄的处罚: 年度金额 \$ _____
- ☐ 根据 2019 年 1 月 1 日前判决的离婚、分居协议或法院命令支付的赡养费: 年度金额 \$ _____
- ☐ 个人退休账户 (IRA) 扣除额: 年度金额 \$ _____
- ☐ 学生贷款利息扣除额 (仅限利息, 并非全部付款): 年度金额 \$ _____
- ☐ 无

年收入

37. 该人士当前日历年度的预计总收入是多少?
38. 该人士下一个日历年度的预计总收入是多少 (如果不同)?

谢谢! 这是我们需要了解的有关该人士的全部信息。如需索取更多份本表格 (ACA-3-AP 表), 请进入网站 www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member。请点击“马萨诸塞州健康与牙科承保以及帮助支付费用申请表—附加人士”。

请将填妥的申请表寄至: **Health Insurance Processing Center**
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

或传真至: (857) 323-8300