

马萨诸塞州医疗与牙科保险 及帮助支付费用申请表



如何申请



您可以通过以下任何一种方法提交申请表。

- 在网站 MAhealthconnector.org 登录您的账户。
如果您还没有帐户,您可以创建一个在线帐户。
与邮寄纸质申请表相比,在线申请可能是您获得保险更快捷的方式。
- 将您填妥和签名的申请表**邮寄**至:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
- 将您填妥和签名的申请表**传真**至 (857) 323-8300。
- **打电话**给我们,电话号码 **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711, 或 **(877) MA ENROLL [(877) 623-6765]**。
- **访问**一个 MassHealth 注册中心 (MEC)。如需亲自申请或与 MassHealth 服务代表安排预约,请查阅我们的网站 mass.gov/masshealth/appointment。请参阅《医疗与牙科保险及帮助支付费用会员手册》,获取 MEC 地址列表。

您可以使用本申请表申请补充营养援助计划 (SNAP)。SNAP 是一项联邦计划,帮助您每月购买食品。如果您感兴趣,请勾选第 1 页中的方框,阅读第 23-26 页中的 SNAP 权利和责任,并签名。然后,您的申请表将自动送交给过渡援助部。您不必申请 SNAP 即会考虑让您参加 MassHealth。



使用本申请表查看您 可能有资格获得哪些 保险选择

- MassHealth, Health Safety Net (HSN), Children's Medical Security Plan (CMSP) 或 Health Connector 提供容易负担的保险。无论您的收入是多少,您都可能有资格参加其中一项计划。
- 容易负担的私人医疗保险计划,提供全面承保。
- 税收抵免可以帮助您支付医疗保险保费。



谁可以使用本 申请表?

本申请表适用于需要医疗或牙科保险并帮助支付费用的人,以及

- 住在马萨诸塞州并居住在社区中;并且
- 年龄不满 65 岁的人。

本申请表也可供**任何年龄**的下列人士使用:

- 19 岁以下儿童的父母;或
- 与 19 岁以下儿童同住并照顾他们的成年亲属,这些儿童的父母双方都不住在家中。

如果本申请表不适合您,请打电话给我们,电话号码 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711。

本申请表有其他语言版本。请拨打上面的电话号码索取。

即使您或您的孩子已经有医疗保险(包括 MassHealth 或 Health Connector 保险),也可以申请。我们需要了解您的家庭的所有成员,才能决定您是否符合资格。

如果有人帮助您填写本申请表,您可能需要另外填写一份表格,许可该人士代表您行事。请参阅本申请表末尾的**经授权代表指定表**。



您申请时需要提交的资料

- 社会安全号码 (SSN)。您必须向我们提交 (SSN) 或本申请表中的任何人已经申请 SSN 的证明。以下人士可作为例外情况处理。
 - 享有联邦法律描述的宗教豁免的任何人
 - 仅符合申请非工作 SSN 的资的任何人
 - 没有资格申请 SSN 的任何人
- 联邦税表 (如果提交)。
- 有关公民身份/国民身份或移民身份的信息。
- 您的家庭中每个人的雇主和收入信息 (例如, 来自工资单或工资报表)。
- 有关您目前已注册参加或可以参加的任何工作相关医疗保险或其他医疗保险的信息。



我们为什么要求提供这些信息?

我们询问收入和其他信息, 以便通知您有资格获得哪些保险以及您是否可以获得任何支付费用的帮助。**我们将按照法律要求对您提供的信息保密, 并确保其安全。**如需查看 Health Connector 的保密政策, 请查阅网站 mahealthconnector.org/site-policies/privacy-policy。如需查阅 MassHealth 保密政策, 请查阅《会员手册》, 或查阅网站 mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-information。



下一步怎么办?

您将收到有关完成资格程序的后续步骤说明。如果您符合 MassHealth 资格并且必须注册参加一项保健计划, 我们将通知您。然后您可以查阅网站 mass.gov/how-to/enroll-in-a-masshealth-health-plan-individuals-and-families-younger-than-65, 选择一项计划。填写本申请表并不意味着您必须购买医疗保险。如果您需要有人帮助选择保健计划, 您可以查阅网站 MassHealthChoices.com, 了解更多信息。



获得填写本申请表的帮助

如果您在填写本申请表时需要帮助或者您需要口译员服务, 请打电话给我们, 电话号码 **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711。



一般说明

- 请用大写字母清楚地填写, 完整地回答所有问题。可能会指示您跳过一些问题。除了这些例外情况, 不回答或不完整回答问题会减慢您的申请表处理速度。
- 您可以在网站 mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member 下载填写附加人士的页面。请务必告诉我们每个人之间的关系。我们需要这些信息以便确定资格。
- 如果您的家庭没有那么多人, 则无需为第 2 步发送空白页。请确保您在第 1 部分中注明申请人数, 并发送所有其他部分, 即使这些部分是空白或部分空白。
- 如果我们需要任何其他信息或证明才能做出资格决定, MassHealth 或 Massachusetts Health Connector 将发出提供信息请求。如果我们发出提供信息通知, 个人有 90 天的时间发送要求提供的证明。MassHealth 可能会在这 90 天内向 21 岁以下的合格申请人以及自我证明怀孕、艾滋病毒呈阳性或患有乳腺癌或宫颈癌的人提供临时福利。在验证 MAGI 家庭的所有收入之前, 不得向 21 岁或以上的人提供 MassHealth 福利, 除非该个人怀孕、感染艾滋病毒或正在积极治疗乳腺癌或宫颈癌。
- 包括任何家庭收入证明。这是获取福利的最快方法。

马萨诸塞州医疗与牙科保险 及帮助支付费用申请表



补充营养援助计划 (SNAP) 是一项联邦计划, 可帮助您每月购买健康的食品。

- ☐ 如果您希望将本申请表发送给过渡援助部作为 SNAP 福利申请表, 请勾选本方框。您必须阅读第 23-25 页中的权利和责任, 并在第 26 页中签名才能继续申请。

申请 SNAP 福利后会发生什么?

- 过渡援助部 (DTA) 将很快打电话给您进行电话面试, 查看您是否可以在七天内获得紧急 SNAP。
- DTA 将与您合作, 以确认有关您的个案的信息。
- 如果获得批准, 您将领到一张电子福利转账 (EBT) 卡, 用于领取福利。
- 您将在 30 天内收到有关您的决定的通知。

如果您基于家庭和社区服务豁免申请或获得家中长期护理服务, 或者如果您住在疗养院或慢性病医院, 请选择该项计划。我们将需要更多信息, 并将与您联系, 以便进入额外的信息。

- ☐ 长期护理和/或
- ☐ 基于家庭和社区服务豁免

第 1 步: 第 1 位人士。请告诉我们您的情况。请用大写字母清楚地填写。

我们需要家中的一位成年人作为您的申请的联系人。该人士应当是申请表中的人, 而不是希望充当申请人联系人的第三方。请参阅本申请表末尾的经授权代表指定 (ARD) 表, 以建立第三方联系。

1. 名、中间名、姓和后缀			2. 出生日期 (月/日/年)		
3. 您的电子邮件地址是什么?					
4. 街道地址 ☐ 没有家庭地址。您必须提供邮寄地址。			5. 公寓或单元号码		
6. 城市	7. 州	8. 邮政编码	9. 县		
10. 邮寄地址 ☐ 如果与街道地址相同, 请勾选本方框。			11. 公寓或单元号码		
12. 城市	13. 州	14. 邮政编码	15. 县		
16. 手机	17. 其他电话号码		18. 本申请表中列出的人数		
19. 如果您的首选语言不是英语, 是什么语言? 口语 _____ 书面语言 _____ MassHealth 和 Health Connector 可能会使用您的首选书面语言与您沟通。如果您没有回复, 我们将用英语给您发通知。					
20. 本申请表中有人在监狱或被监禁吗? ☐ 是 ☐ 否 如果该人士将在接下来的 60 天内被释放, 请选择否。 如果选择是, 这是谁? 请在此处输入姓名: _____ 如果选择是, 该人士在等候审判吗? ☐ 是 ☐ 否					

您可能有资格获得的帮助金额或计划类型取决于您的家庭人口及其收入。这些信息帮助我们确保每个人都能获得他们可能有资格享受的保险。

为您自己和所有其他家庭成员填写第 2 步, 这些家庭成员须与您同住或是列入您的联邦所得税表 (如提交) 中的任何人。如果您不提交税表, 请记住仍须添加与您同住的家庭成员。

仅供协助注册的人使用

如果您是协助注册的人并为他人填写本申请表,请填写本部分。辅助人员必须填写“辅助人员指定表”。认证申请顾问必须填写“认证申请顾问指定表”。

请勾选一项 ☐ 辅助人员 ☐ 认证申请顾问

名、中间名、姓和后缀

电子邮件地址

组织名称

组织身份号码

组织电话号码

第 2 步: 请告诉我们您的家庭情况

谁应当被列入该申请表?

请告诉我们与您同住的所有家庭成员的情况。如果您报税,我们需要了解您的税表上列出的每个人的情况。如果您符合资格,您无需报税即可获得 MassHealth、Health Safety Net 或 Children's Medical Security Plan。

请务必包括

- 您本人和您的配偶(如果已婚)
- 您 19 岁以下的亲生子女、领养子女或继子女
- 如果您有 19 岁以下的孩子,与您同住的未婚伴侣
- 您的未婚伴侣的、与您同住且年龄在 19 岁以下的孩子(如果您在税表中包括了该伴侣)
- 您的税表中包括的任何人(即使他们不与您同住)
- 您的未婚伴侣包括在其税表中的任何人(即使他们不与您同住)(如果您在税表中也包括了您的未婚伴侣)
- 与您同住并且由您照顾的 19 岁以下的任何其他人士

请勿包括

- 您的未婚伴侣,除非你们有共同的孩子
- 您的未婚伴侣的孩子,除非他们与您同住或您的未婚伴侣将孩子包括在其税表中
- 与您同住的父母,如果您的父母自行报税且未将您申报为纳税受抚养人(如果您年满 19 岁或以上)
- 其他您未申报为纳税受抚养人的成年亲属

第 2 步: 第 1 位人士 本部分是搜集有关第 1 页中列出的联系人的更多信息。

1. 名、中间名、姓和后缀

2. 与您本人的关系

3. 出生日期(月/日/年)

您本人

4. 您出生时的性别是什么? ☐ 男 ☐ 女
这通常是您的出生证明上最初列出的性别。

选择回答: MassHealth 致力于为所有会员提供公平的护理,不考虑其种族、族裔、性别、性取向或所说的语言。请回答问题 5-9,帮助我们满足您的语言和文化需求。您的回答是自愿性的,不会影响您的资格或被用于任何歧视目的。

5. 以下哪一项最适当地描述您目前的性别认同?

性别认同是指个人如何定义和理解自己的性别,例如男性、女性、非二元性别、非常规性别、跨性别者或其他性别。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. 以下哪一项描述了您目前的性取向？

性取向描述个人如何定义自己对他人的身体和/或情感吸引力。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. 您是西班牙裔或拉丁裔血统或后裔吗？

西班牙裔或拉丁裔是指来自古巴、墨西哥、波多黎各、南美洲或中美洲或其他西班牙文化或血统的人，不分种族。

☐ 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 (请参阅第 27 页) _____

种族是指个人对一个或多个社会群体的自我认同。您可以报告多个种族。

9. 族裔 (请参阅第 27 页) _____

族裔是指您的背景、传统、文化、祖籍或您或您的家人出生的国家。

10. 您有社会安全号码 (SSN) 吗？ ☐ 是 ☐ 否 (如果不在申请，则选择回答)

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。对于联邦法律中规定的宗教豁免、仅有资格获得非工作 SSN 或没有资格获得 SSN 的任何人，可作为例外情况处理。对于不申请医疗保险的人，SSN 为选择回答，但向我们提供 SSN 可以加快申请程序。我们使用 SSN 查看收入和其他信息，以便了解谁有资格获得医疗保险费用帮助。如果您在获取 SSN 方面需要帮助，请电洽社会安全局，电话号码，(800) 772-1213 TTY: (800) 325-0778，或访问网站 [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov)。有关我们如何使用您的社会安全号码的更多详细信息，请参阅《会员手册》。

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

您在本申请表中的姓名与您的社会安全卡中的姓名相同吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答否，您的社会安全卡中是什么姓名？ _____

名、中间名、姓和后缀

11. 如果您获得提前保费税收抵免 (APTC)，您同意提交收到抵免纳税年度的联邦税表吗？ ☐ 是 ☐ 否

您过去可能不需要或选择不提交税表，但您必须在获得 APTC 的任何年度提交联邦所得税表。您必须对问题 11 勾选“是”，才有资格获得 ConnectorCare 或 APTC，帮助支付您的医疗保险费用。**如果您符合资格，则无需提交税表即可申请或获得 MassHealth、CMSP 或 HSN。**

如果回答是，请回答问题 a-d。如果回答否，请跳至问题 d。

您必须与您的配偶在申请某些计划 (ConnectorCare 或 APTC) 的年度提交联合联邦税表，除非您是家庭暴力或遗弃的受害者，或者您将作为户主报税。如果您将以户主身份报税，您应对问题 11a (“您合法结婚了吗？”) 回答“否”。您可能有资格成为户主的一种方式是与您的配偶分居，并将另一个人申报为受抚养人。请参阅国税局 (IRS) 第 501 号出版物或咨询税务专业人士，获取报税信息。您只需在本申请表中包括您自己和任何受抚养人。

a. 您合法结婚了吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答否，请跳至问题 11c。

如果回答是，请列出您的配偶的姓名和出生日期。 _____

b. 您计划在您申请的纳税年度与您的配偶提交联合联邦税表吗？ ☐ 是 ☐ 否

c. 您将在您申请的年度在您的联邦所得税表中申报任何受抚养人吗？ ☐ 是 ☐ 否

您将在您的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. 您在您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您申报为受抚养人,这可能会影响您是否能获得保费税收抵免。如果您是
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 _____ 您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。_____

报税人还将谁申报为受抚养人? _____

- e. 您是因为是家庭虐待或遗弃的受害者而单独报税吗? ☐ 是 ☐ 否

选择回答 在过去两年中,我至少有一年向美国国税局 (IRS) 提交了联邦所得税表,在此期间我获得了预付保费税收抵免 (APTC),
用于降低我的每月保费付款,包括如果我注册参加了 ConnectorCare。我在提交税表时随附了显示我收到的税收抵免
的税表,以便 IRS 可以根据我在该年度的最终收入计算我有资格领取多少预付保费税收抵免。 ☐ 是 ☐ 否

如果符合以下条件,请回答是: 1. 您过去曾领取 APTC 或 ConnectorCare, 并且

2. 该陈述适合列出的所有家庭成员。

12. 您是在为您本人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. 您是美国公民或美国国民吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是,您是归化公民、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. 如果您是非公民,您具有合格的移民身份吗? ☐ 是 ☐ 否

- a. 您是合法永久居民 (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. 您有移民文件吗? ☐ 是 ☐ 否

如果您包括每个申请人的移民文件,可能会帮助我们更快地处理本申请表。我们将尝试通过电子数据匹配验证移民身
份。请列出自进入美国以来适用于本申请表中每个人的所有移民身份或条件。如果您需要更多空间,请另附一张纸。

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 _____

从第 27 页的列表中选择一种或多种文件身份和类型。

文件 ID 号码 _____ 外国人号码 _____

护照或文件失效期(月/日/年) _____ 国家 _____

- c. 您在本申请表中使用的姓名与您获得移民身份时使用的姓名相同吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答否,您曾使用了什么姓名? 名、中间名、姓和后缀 _____

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

- e. 您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:** 您是 ☐ 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. 您住在马萨诸塞州,并且打算居住在这里(即使您没有固定地址)或者您是有工作承诺或为了寻找工作进入马萨诸塞州的
吗? ☐ 是 ☐ 否

如果您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. 您是与至少一名 19 岁以下的孩子同住并且您是照顾这个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. 您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. 您因残障或受伤而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. 您怀孕了吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是, 您预计将分娩几个孩子? _____ 您的预产期是哪一天? _____

20. **选择回答** 您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** 您的艾滋病毒(HIV)呈阳性吗? ☐ 是 ☐ 否(MassHealth 对艾滋病毒阳性的人有特别保险规定。)

22. 您曾被寄养吗? ☐ 是 ☐ 否

a. 如果回答是, 您曾在哪一个州被寄养? _____

b. 您曾通过州立 Medicaid 计划获得保健吗? ☐ 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. 您有任何收入吗? ☐ 是 ☐ 否 如果回答否, 请跳至问题 37。

就业 | 如果您需要更多空间, 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. 您是季节工吗? ☐ 是 ☐ 否 如果回答是, 您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. 您是季节工吗? ☐ 是 ☐ 否 如果回答是, 您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:** 您是自雇职业者吗? ☐ 是 ☐ 否

a. 如果回答是, 您从事哪一种类型的工作?

b. 您每个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. 您每周工作多少小时? _____

其他收入

33. 请勾选所有适用的项目。填写金额和您领取的频率。**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? _____

如果您从 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: 您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。金额中请勿包括任何亏损。

一次性收入

34. 您在本日历年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. 您在下一个日历年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. 您在您的所得税表中报告了哪些扣除额?

如果您支付了某些可在联邦所得税表中扣除的费用, 填写这些费用可能会略微降低医疗保险费用。请勾选所有适用的项目。您的扣除额应当是您在联邦所得税表的“调整后总收入”一节中报告的金额。对于您选择的每一项扣除额, 请填写年度金额。您最多可以填写国税局 (IRS) 允许的最高扣除额。

☐ 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. 您当前日历年度的预计总收入是多少?

38. 您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关于您的全部信息。如果需要, 请转至“第 2 步: 第 2 位人士”, 添加另一位家庭成员。否则, 请转至“第 3 步: 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成员”。

第 2 步: 第 2 位人士

1. 名、中间名、姓和后缀

2. 与第 1 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(请参阅第 27 页)

9. 族裔(请参阅第 27 页)

10. 该人士有社会安全号码(SSN)吗? ☐ 是 ☐ 否(如果不在申请, 则选择回答)

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纳税年度的联邦税表吗? ☐ 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 _____

从第 27 页的列表中选择一种或多种文件身份和类型。

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关于该人士的全部信息。如果需要,请转至“第2步:第3位人士”,添加另一位家庭成员。否则,请转至“第3步:美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成员”。

第2步: 第3位人士

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

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(请参阅第 27 页)

9. 族裔(请参阅第 27 页)

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 _____

从第 27 页的列表中选择一种或多种文件身份和类型。

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关于该人士的全部信息。如果需要,请转至“第2步:第4位人士”,添加另一位家庭成员。否则,请转至“第3步:美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成员”。

如果您必须在本申请表中包括四位以上人士,请下载或在填写“第2步:第4位人士”的空白信息页之前先复印该空白页。填写附加页面时,请务必告诉我们每个人与申请表中每个其他人的关系。

第2步: 第4位人士(如果超过四人, 这是第 ____ 位人士)

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

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(请参阅第27页)

9. 族裔(请参阅第27页)

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 _____

从第 27 页的列表中选择一种或多种文件身份和类型。

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关于该人士的全部信息。请转至“第 3 步: 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成员”。

第 3 步: 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成员

您或您家中的任何人是美洲印第安人或阿拉斯加原住民吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答否, 请跳至第 4 步。

如果回答是, 请填写本申请表的其余部分, 包括“附件 B: 美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成员”。

第 4 步: 以前的医疗账单

您或本申请表中的任何人有提交本申请表前三个月内收到的医疗服务账单吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是, 如果您在请求的时段内符合资格, MassHealth 可能能够支付这些账单。您可能需要在请求的时段内向 MassHealth 提供收入、家庭人口、地址、残障、怀孕或医疗保险证明。

请在下方列出任何请求支付以前的医疗账单费用的个人。

姓名	请求的最早日期	在此期间情况有任何变化吗? ☐ 是 ☐ 否
姓名	请求的最早日期	在此期间情况有任何变化吗? ☐ 是 ☐ 否

第 5 步: 您的家庭的医疗保险

MassHealth 规章要求会员获得并保持可提供的医疗保险, 包括通过雇主提供的医疗保险。为了确定您和您的家庭成员继续享有 MassHealth 的资格, 我们可能会要求您和您的雇主提供有关您获得雇主赞助医疗保险承保的更多信息。我们还可能与您的雇主和/或医疗保险公司分享有关您和您的家庭成员的信息, 以便确认该信息。您必须配合并提供保持资格所需的信息, 包括获得或保持可提供医疗保险的证据, 否则您的 MassHealth 福利可能会终止。请参阅《会员手册》, 了解更多信息。

1. 是否向本申请表中列出的任何人**提供了**来自工作的医疗保险, 但**未注册参加**? ☐ 是 ☐ 否
即使该保险来自另一个人(例如配偶), 即使该人士不住在家中, 请回答是。如果回答是, 您需要填写并包括“**附件 A: 来自工作的医疗保险**”以及本申请表的其余部分。

向其提供保险的个人姓名 _____

2. 有人有资格获得或**注册参加了**以下任何类型的医疗保险吗? ☐ 是 ☐ 否
如果回答是, 请勾选保险类型, 并在该人士参加的保险旁填写该人士的姓名。
即使该保险来自另一个人的工作(例如配偶), 即使该人士不住在家中, 请回答是。

☐ 已注册参加 **Medicare** 或有资格参加无保费 Medicare Part A。

受承保人姓名 _____

开始日期 _____ 终止日期 _____ Medicare ID 号码 _____

☐ 有资格获得 **Peace Corps** 保健福利。开始日期 _____ 终止日期 _____

受承保人姓名 _____

☐ 有资格参加 **TRICARE** 或联邦雇员医疗福利计划。开始日期 _____ 终止日期 _____

受承保人姓名 _____

保单号码或会员 ID _____

☐ 已注册参加 **Veterans Affairs (VA)** 保健计划。开始日期 _____ 终止日期 _____

受承保人姓名 _____

☐ **MassHealth**

受承保人姓名 _____

☐ 已注册参加**雇主保险**。如果本申请表中的任何人注册参加了雇主保险, 您必须填写并包括“**附件 A: 来自工作的医疗保险**”。

雇主名称 _____ 计划名称 _____

受承保的家庭成员姓名 _____

保单号码或会员 ID _____ 开始日期 _____ 终止日期 _____

☐ **其他保险**(包括 COBRA 或退休人保健计划) 开始日期 _____ 终止日期 _____

受承保人姓名 _____

保单号码或会员 ID _____

第 6 步: 医疗报销安排

向家中任何人提供了雇主提供的医疗报销安排 (HRA) 吗? ☐ 是 ☐ 否

个人姓名

出生日期

雇主名称

联邦税收 ID

雇主提供的 HRA 类型 ☐ 合格小企业主医疗报销安排 (QSEHRA)
☐ 个人保险医疗报销安排 (ICHRA)

开始日期

终止日期

请输入年度最高本人承保福利金额:

如果您有合格小企业主医疗报销安排 (QSEHRA), 您计划使用雇主提供的 QSEHRA 家庭保险福利吗? ☐ 是 ☐ 否

如果您有 QSEHRA, 请输入通过 QSEHRA 获得的年度最高家庭保险福利金额

家中有任何人计划接受雇主提供的个人保险医疗报销安排 (ICHRA) 福利吗? ☐ 是 ☐ 否

个人姓名

出生日期

雇主名称

联邦税收 ID

雇主提供的 HRA 类型 ☐ 合格小企业主医疗报销安排 (QSEHRA)
☐ 个人保险医疗报销安排 (ICHRA)

开始日期

终止日期

请输入年度最高本人保险福利金额

如果您有合格小企业主医疗报销安排 (QSEHRA), 您计划使用雇主提供的 QSEHRA 家庭保险福利吗? ☐ 是 ☐ 否

如果您有 QSEHRA, 请输入通过 QSEHRA 获得的年度最高家庭保险福利金额:

家中有人计划接受雇主提供的个人保险医疗报销安排 (ICHRA) 福利吗? ☐ 是 ☐ 否

第 7 步: 父母信息

请针对本申请表中列出的 18 岁以下但没有同时在本申请表中列出两名监护父母的任何儿童回答下列问题。

1. 是单亲父母领养的任何孩子吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是, 孩子的姓名

2. 任何孩子的一方父母去世了吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是, 孩子的姓名

3. 任何孩子的一方父母身份未知吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是, 孩子的姓名

4. 任何孩子的一方父母不与孩子同住且未包括在前面的问题中吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答是, 孩子的姓名

第 8 步: 请阅读和签署本申请表

供 MASSHEALTH 和 HEALTH CONNECTOR 申请人使用

我代表我本人和本申请表中列出的所有人表示理解、表达并同意以下内容。

1. MassHealth 可能要求合格的人士注册参加提供的雇主赞助医疗保险, 前提是该保险符合 MassHealth 保费援助付款的标准。
 2. 对于医院或社区保健中心向此类人士提供且由 Health Safety Net 支付费用的任何服务, 合格人士的雇主可能会收到通知和账单, 根据 MassHealth 规章向其收费。
 3. 我可能必须为自己和本申请表中列出的其他人支付医疗保险保费。不支付任何到期保费可能导致州政府从负责人的退税中扣除欠款金额。如果我是某些美洲印第安人或阿拉斯加原住民, 我可能不必为 MassHealth 支付保费。
 4. MassHealth 有权向可能有义务向注册参加 MassHealth 计划的合格人士提供保健服务付款的第三方索取和获取资金。此类第三方可能包括其他医疗保险公司、配偶、有义务支付医疗支持的父母或根据事故赔偿有义务付款的个人。合格人士必须与 MassHealth 合作, 为自己和他们可以合法转让其权利的任何人建立第三方支持并获得第三方付款。如果合格人士相信并通知 MassHealth 合作可能会对自己或他们可以合法转让其权利的任何人造成伤害, 则可免除该义务。
 5. 未成年子女的父母和/或监护人必须同意与州政府合作, 从不同住的父母那里获得医疗支持, 除非他们相信并通知 MassHealth 合作会伤害子女或父母或监护人。
 6. 在事故中或以其他方式受伤并因该事故或受伤从第三方获得资金的合格人士必须使用该资金偿还 MassHealth 或 Health Safety Net 提供的某些服务费用。
 7. 合格人士必须在 10 个日历日内或尽快以书面形式通知 MassHealth 或 Health Safety Net 因事故或受伤而提起的任何保险索赔或诉讼。
 8. 如果因治疗、付款、手术或上述计划管理的需要, 可能会与医院、社区保健中心、其他医疗服务提供者或联邦或州机构分享本申请表的状况。
 9. 在法律许可的范围内, 在收到通知和获得上诉机会后, 如果会员正在护理设施或其他医疗机构中接受长期护理, 并且 MassHealth 根据合理预期确定该会员不会返回家中, MassHealth 可以对合格 MassHealth 会员拥有的或合格会员拥有合法权益的任何房地产设置留置权。如果 MassHealth 对此类房产设置留置权并且该房产后来被出售, 则出售该房产所得的款项可用于偿还 MassHealth 提供的医疗服务费用。
 10. 在法律许可的范围内, 除非属于例外情况, 对于任何 55 岁或以上接受长期服务和支持 (LTSS) 的合格人士, 或任何年龄且 MassHealth 帮助支付在疗养院或其他医疗机构的长期护理费用的合格人士, MassHealth 将在合格人士去世后从其遗产中索取资金, 以支付法律许可的全部护理费用。有关遗产追回的更多信息, 请访问网站 mass.gov/EstateRecovery。
 11. 在法律许可的范围内, MassHealth 将在符合条件的个人去世后从其特殊需求信托中索取资金, 以支付全部护理费用。全部护理费用包括 MassHealth 直接支付的护理费用 (服务费) 和向保健计划 (如 Accountable Care Organization 或 One Care 计划) 支付的护理总金额, 无论会员可能接受了哪些服务。
 12. 合格人士必须将自己或他们的家庭成员的收入或就业、家庭人口、医疗保险承保、医疗保险保费和移民身份的任何变化或任何其他信息的变化通知他们注册参加的医疗保健计划, 他们必须在获悉变化后的 10 个日历日内在本申请表及其任何附件中报告此类信息。如需作出变更, 合格人士可电洽 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711。信息变化可能会影响这些人或其家庭成员的资格。
- 您还可以通过以下任何一种方法报告发生的变化。**
- 从网站 MAhealthconnector.org 登录您的账户。如果您还没有帐户, 您可以创建一个在线帐户。
 - 将变更信息邮寄至:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780.
 - 将变更信息传真至: **(857) 323-8300**
13. MassHealth、Massachusetts Health Connector 和 Health Safety Net 将从合格人士的目前雇主和前雇主以及医疗保险公司处获取有关此类人士的医疗保险承保的所有信息。MassHealth 可能与我的雇主和/或医疗保险公司分享有关我和我的家庭成员的信息, 以便获取该信息。这包括但不限于已经、可能或应当向这些人或其家庭成员提供的有关保单、保费、共同保险、免赔额和承保福利的信息。
 14. MassHealth、Massachusetts Health Connector 和 Health Safety Net 可能会从联邦和州数据来源和计划 (例如, 社会安全局、国税局、国土安全部、税务局和机动车辆登记处, 以及包括金融机构在内的私人数据来源) 获取有关本申请表中所列人士的记录或数据, 以便 1) 证明在本申请表和任何附件中提供的任何信息, 或个人成为会员后提供的其他信息, 2) 记录向此类人士索赔或提供的医疗服务, 以及 3) 支持持续资格。

15. MassHealth、Massachusetts Health Connector 和 Health Safety Net 可能会就与资格和注册程序相关的事宜,向本申请表中的其他人士发送包含本申请表中所列人士个人信息的通知,或以其他方式将此类信息告知此类人士。
16. 根据联邦法律,不允许基于种族、肤色、原国籍、性别、年龄、性取向、性别认同或残障进行歧视。我可以在网站 hhs.gov/ocr/complaints/index.html 提出歧视投诉。
17. 我同意允许 Massachusetts Health Connector 使用收入数据(包括来自税表的信息)来确定我今后几年的资格。请查看 Health Connector 隐私政策,了解有关 Health Connector 如何使用您的税务信息的更多信息。Massachusetts Health Connector 将向我发送通知,允许我更改我的资格申请表。我了解,如果我有资格获得预付保费税收抵免(APTC)和/或 ConnectorCare,这些款项将直接支付给我选择的保险公司。接受 APCT 和/或 ConnectorCare 可能会影响我的年度纳税义务。我可以选择将我可能有资格获得的任何 APCT 金额全部或部分用于我的每月保费或完全不用于我的每月保费。
18. 我同意 MassHealth 或其任何代表目前或今后可以使用我提供的联系信息或从可靠数据来源获得的信息,通过邮件、电子邮件、电话或短信等方式与我联系,就我与 MassHealth 的关系或我的医疗保健需求、福利、资格或承保进行任何交流。这些通话和短信可使用自动化技术拨打或发送,例如自动拨号系统、人工或预录语音留言。可能适用标准短信和数据流量费率。我还同意 MassHealth 可以获得、使用或分享我的信息,用于协调我可能有资格获得的其他保健相关的福利。
19. 我已经阅读或已有人向我阅读本申请表中的信息,包括任何附件和说明。我了解《会员手册》包括有关本申请表的重要信息。
20. 我已获得本申请表中列出的所有人员(或其父母或其他合法经授权代表)的许可,提交本申请表。我还获得许可代表他们填写本申请表和完成任何相关的资格流程,包括以下各项。
- 提供有关他们的个人信息,包括保健、医疗保险和收入信息,查看 Massachusetts Health Connector、MassHealth 和 Health Safety Net 可能提供的此类信息,并代表他们同意使用和披露本申请表中描述的他们的信息
 - 就承保选择及与 Massachusetts Health Connector、MassHealth 和 Health Safety Net 的沟通方式作出选择
 - 更改申请表或相关资格文件,提供有关他们的情况发生任何变化的信息
 - 代表他们同意使用政府和私人来源验证本申请表中描述的信息
21. 我了解我的权利和责任以及本申请表中所列的所有人的权利和责任(如第 8 步中所述)。
22. 我已经告知或将告知本申请表中所列的所有人(或他们的父母或合法经授权代表(如适用))这些权利和责任,以便他们理解。
23. 我了解并同意,MassHealth、Health Safety Net 和 Massachusetts Health Connector 将以与原始签名相同的效力对待任何电子或传真签名或签名副本。
24. 我了解,MassHealth
- 根据联邦和州法,可以要求提供社会安全号码(SSN);
 - 使用 SSN 查看收入和其他信息,以便了解谁有资格获得医疗保险费用帮助;
 - 使用 SSN 检测欺诈,查看是否有人获得重复的福利,或者查看其他人是否应为服务付款;以及
 - 将家中正在申请的任何人以及有医疗保险或可以为家中的任何人获得医疗保险的任何人的 SSN 与机构和财务机构档案进行匹配。
25. 我了解,如果 MassHealth 支付任何人的部分医疗保险保费,MassHealth 会将 SSN 或投保人的 SSN 添加到州审计长的供应商档案中。
26. 我了解,我的家庭的投保人必须有有效 SSN,才能从 MassHealth 获得付款。
27. 据我所知,我提供的关于本人和本申请表中所列其他人的信息完整准确。
28. 如果我故意提供虚假或不真实的信息,我可能会受到联邦法律的处罚。
- 如果某人没有 SSN 或需要帮助获取 SSN,请电洽社会安全局,电话号码 (800) 772-1213,TTY: (800) 325-0778,或查阅网站 socialsecurity.gov。有关我们如何使用您的社会安全号码的完整解释,请参阅《医疗与牙科保险及帮助支付费用会员手册》。

供补充营养援助计划 (SNAP) 申请人使用

补充营养援助计划 (SNAP) 福利

如果您勾选了第 1 页中的方框, MassHealth 会将本申请表送交给过渡援助部 (DTA)。本申请表将用作您的 SNAP 申请! 如果您符合资格, 您的 SNAP 福利将从 DTA 收到本 MassHealth 申请表的日期开始。您在下方的签名表示, 您同意您已经阅读并同意本项计划规定的您的 SNAP 权利、责任和处罚。

如果您符合以下条件, 在 DTA 收到本申请表后的 7 天内, 您可能有资格获得 SNAP 福利:

- 您的收入和银行存款总额低于您的每月住房费用, 或者
- 您的月收入低于 150 美元, 并且您的银行存款不超过 100 美元, 或者
- 您是季节工, 您的银行存款不超过 100 美元。

如需了解马萨诸塞州 SNAP 的更多信息, 请查阅网站 mass.gov/SNAP。

过渡援助部 (DTA) 权利、责任和处罚通知

本通知列出了 SNAP 计划的权利和责任。

请阅读这些内容, 并自行留存。

如果您有任何问题, 请向 DTA 洽询。

我作出以下起誓, 如有不实愿受作伪证之处罚:

- 我已经阅读或已有人向我读出本表中的信息。
- 据我所知, 我在本表中的回答真实和完整。
- 在面谈期间和今后我将向 DTA 提供据我所知真实和完整的信息。

我了解:

- 给予虚假或误导性信息是欺诈行为,
- 为了获得 DTA 福利误导或隐瞒事实是欺诈行为,
- 欺诈被视为故意违反计划行为 (IPV), 并且
- 如果 DTA 认为我有欺诈行为, DTA 可以对我作出民事和刑事处罚。

我还了解:

- DTA 将验证我在申请表中提供的信息。如果有任何虚假信息, DTA 可能会拒绝我的福利申请。
- 我还可能因提供虚假信息受到刑事起诉。
- 如果 DTA 从可靠来源获得有关我的家庭情况变化的信息, 我的福利金额可能会变化。
- 我在本表中的签名表示, 我许可 DTA 验证我的福利资格, 包括:
 - 从其他州或联邦机构、地方住房管理机构、州外福利部门、金融机构和 Equifax Workforce Solutions (工作电话) 获取信息。我还许可这些机构与 DTA 分享有关我的家庭领取福利资格的信息。
 - 如果 DTA 使用从 Equifax 获得的有关我的家庭劳动收入的信息, 只要我在 DTA 做出决定后的 60 天内提出请求, 我有权免费获得一份我的 Equifax 报告。我有权质疑报告中的信息。我可以按照以下方式与 Equifax 联系: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146; 1-800-996-7566 (免费电话)。

- 我有权获得一份我的申请表副本, 包括 DTA 用于决定我的家庭资格和福利金额的信息。我可以向 DTA 索取一份填妥的申请表电子副本。

DTA 将如何使用我的信息?

我在下方的签名表示, 我许可 DTA 从以下各方获取信息, 并与之分享有关我和我的家庭成员的信息:

- 银行、学校、政府部门、雇主、房东、公用事业公司和其他机构, 以便查看我是否有资格获得福利。
- 电力、天然气和电话公司, 以便我获得公用事业折扣。这些公司不能分享我的信息或将我的信息用于任何其他目的。
- 住房和社区发展部, 以便帮助我注册参加 Heat & Eat 计划。该项计划可帮助人们获得尽可能多的 SNAP 福利。
- 中小学教育部, 以便我的孩子获得免费学校餐点。
- 妇女、婴儿和儿童计划 (WIC), 以便我家中任何 5 岁以下的孩子或孕妇获得 WIC。
- 美国公民与移民服务局 (USCIS), 以便核实我的移民身份。来自 USCIS 的信息可能会影响我的家庭的资格和 DTA 福利金额。

注释: 即使您因移民身份没有资格获得福利, 除非您向 DTA 出示最终驱逐令, 否则 DTA 不会向移民当局报告您。

- 税务局 (DOR), 以便验证我是否有资格获得基于收入的税收抵免, 例如劳动收入和有限收入, 并查看我是否有资格获得“不纳税身份”或困难身份。
- 儿童与家庭部 (DCF), 以便协调 DTA 和 DCF 联合提供的服务。

DTA 如何使用社会安全号码 (SSN)?

允许 DTA 根据《2008 年食品和营养法案》(7 U.S.C. 2011-2036) 因申请 SNAP 要求申请人提供 SSN, 并允许 DTA 根据《马萨诸塞州普通法》(M.G.L.) 第 18 章第 33 节, 因申请有受抚养子女家庭过渡援助计划 (TAFDC) 和年长者、残障人士和儿童紧急援助计划 (EAEDC) 要求申请人提供 SSN。DTA 使用 SSN:

- 通过数据匹配程序查看我申请的每名家庭成员的身份和资格。
- 监控遵守计划规定的状况。
- 如果 DTA 声称我领取了我没有资格获得的福利, 向我收回款项。
- 帮助执法机构抓捕逃避法律的人。

我了解, 我不必向 DTA 提供我的家中任何不希望申请福利的非公民 (包括我本人) 的 SSN。即使非公民不领取福利, 非公民的收入可能计算在内。

要求口译员服务的权利

我了解：

- 如果我愿意用英语以外的语言交流，我有权获得 DTA 提供的免费专业口译员服务。
- 如果为我安排了 DTA 听证会，我可以要求 DTA 为我指派一名免费专业口译员，或者如果我愿意，我可以带人为我翻译。如果我需要 DTA 为我安排口译员参加听证会，我必须在听证会日期前至少提前一周打电话通知听证分部。

登记投票的权利

我了解：

- 我有权通过 DTA 登记投票。
- 如果我需要帮助，DTA 将帮助我填写选民登记申请表。
- 我可以私下填写选民登记申请表。
- 申请或拒绝登记投票不会影响我的 DTA 福利。

就业机会

我同意 DTA 可以与就业和培训服务提供者分享我的姓名和联系信息，包括：

- SNAP Path to Work 计划服务提供者或为 SNAP 客户服务的 DTA 专家；以及
- 为 TAFDC 客户服务的签约就业和培训服务提供者或就业辅导员。

SNAP 客户可通过 SNAP Path to Work 计划自愿参加教育和就业培训服务。

公民身份

我起誓，所有申请 DTA 福利的我的家庭成员都是美国公民或有合法居留权的非公民。

补充营养援助计划 (SNAP)

我了解：

- DTA 负责管理马萨诸塞州 SNAP 计划。
- 当我向 DTA 提交申请表时(通过电话、上网、亲自提交或寄邮件或发传真)，DTA 从收到我的申请表日期起 30 天内决定我是否符合资格。
 - 如果我有资格获得加急(紧急) SNAP，DTA 必须从收到我的申请表日期起 7 天内向我提供 SNAP，并确保将电子福利转账 (EBT) 卡发给我。
 - 在以下情况下，我有权与 DTA 主管交谈：
DTA 认为我没有资格获得紧急 SNAP 福利，但我不同意。
我有资格获得紧急 SNAP 福利，但在我申请 SNAP 7 天后尚未获得福利。
我有资格获得紧急 SNAP 福利，但在我申请 SNAP 7 天后尚未收到 EBT 卡。
- 当我获得 SNAP 时，我必须符合某些规定。当我获得 SNAP 批准后，DTA 将给我一份《您的知情权》手册和 SNAP 计划手册。我会阅读手册或请人读给我听。如果我有任何问题或需要有人帮助阅读或理解这些信息，我可以电洽 DTA，电话号码 1-877-382-2363。

- 将我的家庭情况变化通知 DTA：

- 如果我是 SNAP 简化报告家庭，在中期报告或重新认证到期之前，我不必向 DTA 报告大多数变化。我只需尽快报告以下情况：
如果我的家庭收入超过(在我的批准通知中列出的)总收入限额。

- 我必须在我的收入超过限额月份后的一个月的第 10 天内报告。

如果我必须符合无受抚养人健全成年人 (ABAWD) 工作规定，并且我的工时降至每周 20 小时以下。

- 如果我家中的每个人都年满 60 岁或以上、残障或未满 18 岁，并且没有人有工作收入，我只需报告以下情况：
如果有人开始工作，或者
有人加入或离开我的家庭。

- 我必须在发生变化月份后的一个月的第 10 天内报告这些变化。

- 如果我因为 TAFDC 终止，通过过渡性福利替代计划 (TBA) 获得 SNAP，我在获得 TBA 的 5 个月内无需向 DTA 报告任何变化。

- 如果我通过 Bay State CAP 获得 SNAP，则无需向 DTA 报告任何变化。

如果我和我家中的每个人都获得现金援助 (TAFDC 或 EAEDC)，我必须在某些变化出现后的 10 天内向 DTA 报告这些变化。

如果我在任何时候向 DTA 报告以下情况并提供证明，我可能会获得更多 SNAP 福利：

- 子女或其他受抚养人的护理费用、住房费用和/或公用事业费；
- 我(或我家中的某个人)依法必须支付给非家庭成员的子女赡养费；以及
- 我的家庭成员(包括我本人)中 60 岁或以上或残障人士的医疗费用。

SNAP 客户的工作规定：如果您获得 SNAP 福利并且年龄在 16-59 岁之间，除非您获得豁免，否则您可能需要符合一般 SNAP 工作规定或 ABAWD 工作规定。如果我们需要符合任何工作规定，DTA 会通知我和我的家庭成员有哪些豁免以及如果我们不符合规定会怎样。

如果您需要遵守 SNAP 工作规定：

- 您必须在申请和重新认证 SNAP 时登记申请工作。您在签署 SNAP 申请表或重新认证表时登记。
- 您必须在 DTA 要求时向 DTA 提供有关您的就业状况信息。
- 如果由 DTA 转介，您必须向雇主报告。
- 您必须接受工作邀请(除非您有充分的理由不接受)。
- 您不得无故辞掉每周超过 30 小时的工作。
- 您不得无故将您的工时减少到每周不足 30 小时。

SNAP 规定

- 不得为了获得 SNAP 福利提供虚假信息或隐瞒信息。
- 不得交易或出售 SNAP 福利。
- 不得为了获得您没有资格领取的 SNAP 福利更改 EBT 卡。

- 不得使用 SNAP 福利购买不合格的物品,例如含酒精饮料和烟草。
- 不得使用他人的 SNAP 福利或 EBT 卡,除非您是经授权代表,或者福利接受人许可您代表他们使用他们的卡。

SNAP 处罚警告

我了解,如果我或我的任何 SNAP 家庭成员故意违反上述任何规定,该个人将在第一次违规后的一年内、第二次违规后的两年内以及第三次违规后永久丧失获得 SNAP 的资格。该个人还可能被处以最高达 250,000 美元的罚款、最高 20 年的监禁,或二者并罚。他们还可能根据联邦和州法律被起诉。

我还了解以下处罚。如果我或我的 SNAP 家庭成员:

- 在现金计划中有故意违反计划行为 (IPV),则将在丧失获得现金援助资格的相同时期内丧失获得 SNAP 的资格。
- 为了同时获得多项 SNAP 福利,对自己的身份或居住地作出欺诈性陈述,则将在十年内丧失获得 SNAP 的资格。
- 用 SNAP 福利换取(买卖)受控物质/非法药物,则将在第一次违规后的两年内和第二次违规后永久丧失获得 SNAP 的资格。
- 用 SNAP 福利换取(买卖)枪支、弹药或爆炸物,则将永久丧失获得 SNAP 的资格。
- 在网上或亲自出价销售 SNAP 福利或 EBT 卡,州政府可能会对它们提出 IPV 指控。
- 支付赊购食品的费用则将丧失获得 SNAP 的资格。
- 用 SNAP 福利购买产品,其意图是丢弃产品内装物,再退回容器,以换取现金,则将丧失获得 SNAP 的资格。
- 在因重罪被定罪后逃跑,以避免被起诉、拘留或监禁,则将丧失获得 SNAP 的资格。
- 违反缓刑或假释规定,执法部门正在积极追捕他们,这些人则将丧失获得 SNAP 的资格。

任何在 2014 年 2 月 7 日后被定罪的重罪犯,如果根据 7 CFR § 273.11(n) 是逃亡重罪犯或违反缓刑或假释规定,并且作为以下成年人被定罪,则将丧失获得 SNAP 福利的资格:

1. 《美国法典》第 18 篇第 2241 节规定的严重性虐待;
2. 《美国法典》第 18 篇第 1111 节规定的谋杀;
3. 《美国法典》第 18 篇第 110 章规定的任何罪行;
4. 涉及性侵犯的联邦或州犯罪,定义见《1994 年暴力侵害妇女法案》(VAWA) 第 40002(a) 节(《美国法典》第 42 篇第 13925a 款);或者
5. 州法规定的、总检察长认定的、与本列表中描述的犯罪基本相似的犯罪。

禁止歧视声明

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策,本机构禁止基于种族、肤色、原国籍、性别(包括性别认同和性取向)、宗教信仰、残障、年龄、政治信仰进行歧视,或对以前的民权活动进行报复。

可能用英语以外的其他语言提供计划信息。需要其他交流方式(例如,盲文、大字体、录音带、美国手语)获取计划信息的残障人士应与申请福利的(州或地方)机构联系。失聪、有听力或语言障碍的个人可通过联邦中继服务(电话 1-800-877-8339)与美国农业部 (USDA) 联系。

如需提交计划歧视投诉,投诉人应填写 AD-3027 表(美国农业部计划歧视投诉表),该表可在线获取:<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>,或从任何 USDA 办公室获取,请电洽 (833) 620-1071,或写信给 USDA。该信函必须包括投诉人的姓名、地址、电话号码以及对指称歧视行为的足够详细的书面描述,以便向民权助理部长 (ASCR) 通报指称侵犯公民权利行为的性质和日期。填妥的 AD-3027 表或信件必须用以下方式提交:

1. 邮寄:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314;或

2. 传真:

(833) 256 1665 或 (202)-690-7442;或

3. 电子邮件:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

本机构是机会均等服务提供者。

在本申请表中签名 — 必须签名

我在下方签署本申请表则表示, 据我所知, 我在本申请表中提交的内容和陈述是真实和完整的, 我同意接受并遵守上述 MassHealth 和 Health Connector 计划的权利和责任, 如有不实愿受作伪证之处罚。

如果我在本申请表的第 1 页表明我正在申请补充营养援助计划 (SNAP), 我保证我了解并同意上述 SNAP 计划的权利、规则和处罚条款。我要求 MassHealth 将我的信息 (包括受《医疗保险流通与责任法案》(HIPAA) 制约的受保护健康信息) 发送给过渡援助部 (DTA), 以便申请 SNAP 福利。

重要事项: 仅限 MassHealth 和 Health Connector 申请人。如果您以经授权代表的身份提交本申请表, 则必须向我们提交**经授权代表指定表** (ARD) 或将该表存档, 以便我们处理本申请表。ARD 位于本申请表末尾处。

第 1 位人士或经授权代表或负责方签名	用大写字母填写姓名
.....	日期

如果您年龄在 18 岁以下, 您是独立的未成年人吗? ☐ 是 ☐ 否

如果回答**否**, 我们需要一名至少 18 岁的负责方代表您在本申请表中签名。请在下方提供该人士的信息。

名	中间名	姓	后缀
社会安全号码	与您的关系		出生日期
街道地址			公寓/单元号码
城市	州	邮政编码	县
电话号码	分机	电话类型	
第二个电话号码	分机	电话类型	
电子邮件地址			

第 9 步: 将填妥的申请表送交给我们

将您的签名申请表寄至: **Health Insurance Processing Center; 或传真至: (857) 323-8300**
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

选民登记信息

投票登记表包括在本申请表中, 亦可在网站 sec.state.ma.us 查找。如需查找有关如何登记投票的更多信息, 亦可在网站 sec.state.ma.us 查找。如果您对选民登记程序有任何疑问, 或者您在填写表格时需要帮助, 请访问当地 MassHealth 注册中心, 或电洽 MassHealth 客户服务中心, 电话号码 **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711。

申请或拒绝登记投票不会影响本机构将向您提供的援助金额。如果您需要有人帮助填写选民登记申请表, 我们将向您提供帮助。您自行决定是否寻求或接受帮助。您可以私下填写申请表。

如果您认为有人干涉您登记或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权, 或者您选择自己的政党或其他政党偏向的权利, 您可以向以下机构提出投诉:

Secretary of the Commonwealth, Elections Division 电话: (617) 727-2828 或 (800) 462-8683
One Ashburton Place, Room 1705
Boston, MA 02108

如果您或您的申请表中的任何其他人在您目前的居住地登记投票, 您愿意今天申请登记投票吗? ☐ 是 ☐ 否

如果您不勾选任何一个方框, 您将被视为已决定目前不登记投票。

移民身份和文件类型

申请中的问题 14b 询问非公民其移民身份以及支持其移民身份的移民文件类型。请参阅下表, 填写问题 14b。
如果您需要进一步帮助, 请访问网站 MAhealthconnector.org/immigration-document-types, 在线查找详细信息。

合格移民身份

自 2026 年 10 月 1 日起, 美国公民和国民、合法永久居民 (LPR 或绿卡持有者)、古巴-海地入境者 (CHE) 以及《自由联合协定》(COFA) 移民, 均有资格获得 MassHealth 全面承保。

- 美亚混血儿
- 获庇护者
- 古巴海地入境者
- 暂缓驱逐出境者
- 出生于加拿大或美国以外领土的美洲原住民
- 难民
- 严重人口贩运受害者或其配偶、子女、兄弟姐妹或父母
- 伊拉克特殊移民
- 阿富汗特殊移民或某些阿富汗撤离者
- 1980 年前批准的有条件入境者
- 退伍军人或现役军人或其配偶或家属
- 《自由联合协定》(COFA) 移居者
- 合法永久居民
- 获准假释至少一年者
- 受虐配偶或子女 (或其父母或子女)
- 非移民身份 (签证) 者
- 获准假释不足一年者

- 获得临时居民身份者
- 获得临时保护身份 (TPS) 或具有就业授权的 TPS 申请者
- 根据 8 CFR 274a(12)(c) 获得就业授权者
- 家庭团聚受益者
- 延迟强制离境者
- 延期遣返身份者 (符合童年抵达延期遣返程序 (DACA) 身份者除外)
- 根据 8 CFR 241 获得行政暂缓驱逐令者
- 获准签证申请且待决身份调整申请者
- 获得就业授权的庇护或暂缓遣返申请者
- 寻求庇护或暂缓遣返的 14 岁以下申请者 (至少 180 天)
- 根据《禁止酷刑公约》准予暂缓遣返者
- 特殊移民青少年 (SIJ) 身份申请者
- 根据童年抵达延期遣返程序 (DACA) 申请者或已获批准身份者
- 我有文件, 但没有上述任何身份 (根据移民法律居住的人士 (PRUCOL))

移民文件类型

- 再入境许可证 (I-327 表)
- 永久居民卡 (“绿卡”, I-551 表)
- 难民旅行证件 (I-571 表)
- 就业授权卡 (I-766 表)
- 机读移民签证 (附有临时 I-551 表说明)
- 临时 I-551 表印章 (在护照或 I-94 表、I-94A 表中)
- 出入境记录 (I-94 表、I-94A 表)
- 外国护照中的出入境记录 (I-94 表)
- 外国护照
- 非移民学生身份资格证明 (I-20 表)
- 交换学者身份资格证明 (DS2019 表)
- 行动通知 (I-797 表)
- 说明暂缓遣返 (或暂缓递解出境) 的文档
- 美国国土安全部签发的暂缓遣返行政命令
- 表明联邦认可的印第安人部落成员或出生在加拿大的美洲印第安人的文档
- 难民安置办公室 (ORR) 资格通知 (如果未满 18 岁)
- 美属萨摩亚居民卡
- 美国公民与移民服务局 (USCIS) 收据通知 (I-797C)
- 美国签证 (例如 B1/B2、R 签证、过境卡、J/F/M 签证)

种族 (选择回答) 选择最适合您的选项。填写所有适用的选项。

请在第 3、7、11 和 15 页问题 8 和问题 9 中具体说明。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (填写第 3 步和附件 B)、亚裔、黑人或非裔美国人、夏威夷原住民或其他太平洋岛民、白人、种族此处未列出 (请具体说明)、不知道、选择不回答。

族裔

非裔、非裔美国人、美国人、印度人、巴西人、柬埔寨人、佛得角人、加勒比岛民、中美洲人、奇卡纳人、华人、哥伦比亚人、古巴人、多米尼加人、东欧人、欧洲人、菲律宾人、关岛人或查莫罗人、危地马拉人、海地人、洪都拉斯人、日本人、韩国人、老挝人、墨西哥人、墨西哥裔美国人、中东人或北非人、其他亚裔、葡萄牙人、波多黎各人、俄罗斯人、萨尔瓦多人、萨摩亚人、南美洲人、越南人、族裔未列出 (请具体说明)、不知道、选择不回答。

附件 A 来自工作的医疗保险

如果家中有人有资格从工作获得医疗保险,无论他们有没有注册参加该保险,请回答以下问题。为提供保险的每一份工作随附本页副本。

雇员信息

1. 雇员姓名(名、中间名、姓)	2. 雇员社会安全号码 _____-_____-_____
3. a. 本申请表中至少有一人目前符合资格或已注册参加该雇主提供的保险,或者本申请表中至少有一人在今后 3 个月会符合资格吗? ☐ 是 ☐ 否 如果对 3a 回答是,请继续。如果对 3a 回答否,请停下,跳过剩余的附件 A 问题。 b. 如果有人处于等候期或试用期,该人士何时可以注册参加保险?(月/日/年) _____	

雇主信息

4. 雇主名称	5. 联邦税收 ID (如已知)	
6. 雇主地址	7. 雇主电话号码	
8. 城市	9. 州	10. 邮政编码
11. 我们可以就该工作的雇员医疗保险与谁联系?		
12. 电话号码(如果与以上电话号码不同)	13. 电子邮件地址	

请告诉我们该雇主提供的保健计划的情况

14. a. 为雇员提供的费用最低的个人保健计划名称是什么?*	_____
b. 雇主提供的保健计划符合最低保险价值标准吗?	☐ 是 ☐ 否
c. 雇员必须为该项计划支付多少保费? \$	_____
d. 该名雇员多久支付一次这笔金额?	_____
15. a. 为符合资格的其他家庭成员通过雇主承保的最低费用保健计划的名称是什么?	_____
b. 雇主提供的保健计划符合最低保险价值标准吗?	☐ 是 ☐ 否
c. 雇员必须为该项计划支付多少保费? \$	_____
d. 该名雇员多久支付一次这笔金额?	_____
16. 雇主将为新计划年度做出哪些变更(如已知)?	
a. 雇主不会提供医疗保险。承保终止日期(月/日/年)	_____
b. 该人士计划放弃雇主医疗保险。承保终止日期(月/日/年)	_____
c. 雇主将开始向雇员提供医疗保险,或更改可提供且符合最低价值标准的最低费用个人或家庭保健计划的保费。*(保费应反映保健计划的折扣。)	
该名雇员为该项计划支付多少保费? \$	_____ 多久支付一次? _____
更改日期(月/日/年)	_____
* 如果雇主赞助的保健计划在计划承保的总许可福利费用中所占份额至少是此类费用的 60% (《1986 年国内税收法典》第 36B(c)(2)(C)(ii) 节),则该保健计划符合“最低价值标准”。	

附件 B 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成员

如果您或您的某位家庭成员是美洲印第安人或阿拉斯加原住民,请填写本附件。

请告诉我们您的美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成员的情况

美洲印第安人和阿拉斯加原住民可从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划接受服务。他们也可能无需支付费用分担,并可能获得特殊的每月注册期。请回答以下问题,以确保您的家庭成员获得尽可能多的帮助。

注释:如果您需要包括更多人,请复印本页并附上。

AI/AN 第 1 位人士

1. 姓名(名、中间名、姓) _____
2. 是联邦认可的部落成员吗?
☐ 是 ☐ 否
如果回答是,部落名称 _____
3. 是马萨诸塞州认可的部落成员吗?
☐ 是 ☐ 否
如果回答是,部落名称 _____
4. 该人士曾经从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划获得服务,或者通过一项此类计划的转介获得服务吗?
☐ 是 ☐ 否
如果回答否,该人士有资格从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划获得服务,或者通过一项此类计划的转介获得服务吗?
☐ 是 ☐ 否
5. 收到的某些款项可能不计入 MassHealth。请列出您的申请表中报告的任何收入(金额和领取频率),包括来自以下各项的款项。
 - 部落提供的来自自然资源、使用权、租赁或特许权使用费的人均付款
 - 来自内政部指定为印第安人信托土地(包括保留地和前保留地)的土地自然资源、农业、牧场、渔业、租赁或特许权使用费的付款
 - 通过出售具有文化意义的物品获得的钱款
\$ _____ 多久一次? _____

AI/AN 第 2 位人士

1. 姓名(名、中间名、姓) _____
2. 是联邦认可的部落成员吗?
☐ 是 ☐ 否
如果回答是,部落名称 _____
3. 是马萨诸塞州认可的部落成员吗?
☐ 是 ☐ 否
如果回答是,部落名称 _____
4. 该人士曾经从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划获得服务,或者通过一项此类计划的转介获得服务吗?
☐ 是 ☐ 否
如果回答否,该人士有资格从印第安人保健服务部、部落保健计划或城市印第安人保健计划获得服务,或者通过一项此类计划的转介获得服务吗?
☐ 是 ☐ 否
5. 收到的某些款项可能不计入 MassHealth。请列出您的申请表中报告的任何收入(金额和领取频率),包括来自以下各项的款项。
 - 部落提供的来自自然资源、使用权、租赁或特许权使用费的人均付款
 - 来自内政部指定为印第安人信托土地(包括保留地和前保留地)的土地自然资源、农业、牧场、渔业、租赁或特许权使用费的付款
 - 通过出售具有文化意义的物品获得的钱款
\$ _____ 多久一次? _____

附件 C 便利设施

如果因为残障或受伤您本人或任何家庭成员需要合理便利设施, 您对第 2 步中的问题 18 回答是, 请勾选以下所有适用的选项并列出姓名。

1. 病症

- ☐ 失明 — 姓名: _____
- ☐ 失聪 — 姓名: _____
- ☐ 发育残障 — 姓名: _____
- ☐ 听力障碍 — 姓名: _____
- ☐ 智力障碍 — 姓名: _____
- ☐ 弱视 — 姓名: _____
- ☐ 身体残障 — 姓名: _____
- ☐ 其他 (请解释) — 姓名: _____

2. 便利设施

- ☐ 美国手语 (ASL) 翻译 — 姓名: _____
- ☐ 辅助听力设备 — 姓名: _____
- ☐ 实时语音转文本通讯服务计划 (CART) — 姓名: _____
- ☐ 大字体出版物 — 姓名: _____
- ☐ 盲文出版物 — 姓名: _____
- ☐ 电子格式出版物 — 姓名: _____
- ☐ 文字电话 (TDD/TTY) — 姓名: _____
- ☐ 视频转播服务 (VRS) — 姓名: _____
- ☐ 其他 (请解释) — 姓名: _____

经授权代表指定表



如果您希望指定一位经授权代表担任您的代表，您可以提交本表。如果经授权代表代替您签署了您的申请表，或者您是代表其他人申请的经授权代表，您**必须**提交本表，申请才能获得处理。

如果您住在机构中并希望将资格通知发送给您和仍然住在家中的您的配偶，则无需填写本表。我们会自动这样做。

注释：经授权代表有权在与 MassHealth 和 Health Connector 的所有事务中代表申请人或会员行事，并将收到有关申请人或会员的个人信息，直到我们收到终止其授权的取消通知或申请人或会员去世。一旦我们处理了您的申请表，他们的授权不会自动终止。

您可以选择某个人帮助您。

您可以选择一名经授权代表帮助您通过 MassHealth 和 Health Connector 提供的计划获得医疗保健承保。您可以通过填写本表（经授权代表指定表）这样做。您或您的代表可以为您本人以及您作为其监护人的任何年龄未满 18 岁的受抚养子女签名。您**无需**指定经授权代表即可提交申请或领取福利。

谁可以帮助我？

1. 经授权代表可以是您选择的同意帮助您的朋友、家人、亲属或其他个人或组织。如果您愿意，您可以选择一位经授权代表。MassHealth 和 Health Connector 都不会为您选择经授权代表。您必须以书面形式（填写第 I 节第 A 部分）指定您希望成为您的经授权代表的个人或组织。您的经授权代表还必须填写第 I 节第 B 部分。我们有时将该个人或组织称为“第 I 节经授权代表”。
2. 如果您不能以书面形式指定经授权代表，并且您目前没有经授权代表或法律授权代表您行事的其他人，确认自己将以负责任的方式代表您行事的个人（并非组织）可填写本表第 II 节，成为您的经授权代表。我们有时将该人士称为“第 II 节经授权代表”。
3. 经授权代表还可以是法律任命代表您行事的人或代表已故申请人或会员的遗产管理的人。该人士必须填写第 III 节，您或该人士必须将填妥的第 III 节连同本表和说明该人士有权代表您或已故申请人或会员遗产管理的相关文件副本送交给我们。我们有时将该人士称为“第 III 节经授权代表”。
4. **第 III 节**经授权代表可以是法定监护人、管理人、授权书持有人、医疗保健代理人或遗产管理个人代表（如果申请人或会员已去世）。

经授权代表可以做什么？

第 I 节或第 II 节经授权代表可以

- 填写您的申请表或资格审查表；
- 填写其他 MassHealth 或 Health Connector 资格表或注册表；
- 提供这些表格中报告的信息证明；
- 报告收入、地址或其他情况变更；
- 收到您所有的 MassHealth 和 Health Connector 资格和注册通知；以及
- 代表您处理与 MassHealth 和 Health Connector 相关的所有其他事宜。

第 III 节经授权代表被授权代表您（或已故申请人或会员的遗产管理）处理的事宜将取决于法律任命文件中的规定。

请注意：资格通知可能包括有关申请人或会员家庭其他成员的信息。如果您家中有多名成员，我们可能无法将您的部分通知送给您的经授权代表，除非每名家庭成员也通过单独填写经授权代表指定表指定相同的经授权代表。

第 1 节 经授权代表指定 (如果申请人或会员能够签名)

第 A 部分 — 由申请人或会员填写。除签名外, 请用大写字母填写。

申请人/会员姓名	申请人/会员出生日期 (月/日/年)
MassHealth ID 号码 _____ 或者 申请人/会员社会安全号码 (SSN) 的最后四位数 _____	
申请人/会员电子邮件地址	
我确认, 我已选择以下个人或组织作为我本人和我作为其监护人的任何 18 岁以下受抚养子女的经授权代表, 我了解该人士或组织将承担的义务和责任 (如本表上文所述)。	
申请人/会员签名	日期 (月/日/年)
经授权代表姓名	经授权代表电话号码
经授权代表地址 (邮寄地址、城市、州、邮编)	

第 B 部分 — 由经授权代表填写。除签名外, 请用大写字母填写。

B1. 如果经授权代表是个人, 请填写。

我确认, 我将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向我提供的有关上述申请人或会员以及这些申请人或会员的受抚养子女 (如适用) 的任何信息保密。

如果我还是隶属于某个组织的服务提供者、工作人员或志愿者, 并且以服务提供者、工作人员或志愿者的身份就与我的经授权代表指定相关的事宜行事, 我确认我将始终遵守有关信息保密和利益冲突的所有适用州立和联邦法律和法规, 包括《联邦法规集》第 42 篇第 431 部分第 F 分部、《联邦法规集》第 42 篇第 447.10 款和《联邦法规集》第 45 篇第 155.260(f) 款中规定的条款。

经授权代表签名	日期 (月/日/年)
经授权代表用大写字母填写的姓名	经授权代表电子邮件地址

B2. 如果经授权代表是组织, 请填写。

我确认, 作为下列组织的代表, 该组织将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向该组织提供的有关上述申请人或会员以及这些申请人或会员的受抚养子女 (如适用) 的任何信息保密。

我作为下列组织的服务提供者、工作人员或志愿者填写本表, 我代表本人和我代表的组织确认, 与本经授权代表指定相关的代表该组织行事的任何服务提供者、工作人员或志愿者将始终遵守有关信息保密和利益冲突的所有适用州立和联邦法律和法规, 包括《联邦法规集》第 42 篇第 431 部分第 F 分部、《联邦法规集》第 42 篇第 447.10 款和《联邦法规集》第 45 篇第 155.260(f) 款中规定的条款。

填写表格的服务提供者、工作人员或志愿者签名	日期 (月/日/年)
填写表格的服务提供者、工作人员或志愿者用大写字母填写的姓名	
填写表格的服务提供者、工作人员或志愿者的电子邮件	经授权代表组织名称

第 2 节 经授权代表指定表
(如果申请人或会员不能提供书面指定)

由经授权代表填写。除签名外，请用大写字母填写。请为每一名申请人或会员单独填写一份表格。

在本节中，组织没有资格成为经授权代表。

我确认，下列申请人或会员不能提供书面指定，据我所知，没有其他人可以代表其行事，例如，现有经授权代表、监护人、管理人、遗产管理个人代表、授权书持有人或援引的医疗保健代理人。此外，我确认，我充分了解该申请人或会员的情况，对在资格审查过程中以及与 MassHealth 或 Health Connector 的其他沟通过程中代表其作出的陈述的准确性负责，我理解我作为该人士的经授权代表的权利和责任（如本表上文所述）。如果该人士能够理解，我已经告诉该人士，MassHealth 和 Health Connector 将向我发送所有 MassHealth 和 Health Connector 资格和注册通知，该人士表示同意。我已经告诉该人士，他/她可以采用本表上文所述的方法随时取消或替换我作为他/她的经授权代表的指定。

我进一步确认，我将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向我提供的有关以下申请人或会员的任何信息保密。

如果我还是隶属于某个组织的服务提供者、工作人员或志愿者，并且以服务提供者、工作人员或志愿者的身份就与我的经授权代表指定相关的事宜行事，我进一步确认，我将始终遵守有关信息保密和利益冲突的所有适用州立和联邦法律和法规，包括《联邦法规集》第 42 篇第 431 部分第 F 分部、《联邦法规集》第 42 篇第 447.10 款和《联邦法规集》第 45 篇第 155.260(f) 款中规定的条款。

申请人/会员姓名	申请人/会员出生日期 (月/日/年)
MassHealth ID 号码 _____ 或者 申请人/会员社会安全号码 (SSN) 的最后四位数 _____	
经授权代表签名	日期(月/日/年)
经授权代表姓名 (名、中间名、姓)	经授权代表电话号码
经授权代表地址 (邮寄地址、城市、州、邮编)	经授权代表电子邮件地址

如果第 II 节经授权代表隶属于某个组织，并且以该身份行事，被授权代表该组织行事的个人（如管理人员）必须在下方签名，表明该组织对上述陈述和保证的认可和同意。

管理人员姓名	管理人员职称
管理人员签名	日期(月/日/年)

第 3 节 经授权代表指定表 (如果依照法律任命)

由依照法律任命的经授权代表填写 (有权代表申请人或会员作出与医疗保健相关的决定, 包括但不限于监护人、管理人、申请人或会员遗产管理个人代表、授权书持有人或援引的医疗保健代理人)。除签名外, 请用大写字母填写。**请随本表提交相关法律文件副本。**

我确认, 我将始终对 MassHealth 或 Health Connector 向我提供的有关以下申请人或会员的任何信息保密。

申请人/会员姓名	申请人/会员出生日期 (月/日/年)
MassHealth ID 号码 _____ 或者申请人/会员社会安全号码 (SSN) 的最后四位数 _____	
经授权代表签名	日期 (月/日/年)
经授权代表姓名 (名、中间名、姓)	经授权代表电话号码
经授权代表地址 (邮寄地址、城市、州、邮编)	经授权代表电子邮件地址

如何终止经授权代表指定?

如果您决定不再需要第 I 节或第 II 节经授权代表, 则必须在您希望终止指定时通过邮件、传真或电话通知我们。请查看我们的以下联系信息。如果您将本通知邮寄或传真给我们, 该通知必须包括您的姓名、地址和出生日期、您的经授权代表姓名、指定终止声明以及您的签名; 或者, 如果您无法提供书面通知, 代表您的人士 (仅限第 II 节 经授权代表) 的签名。

此外, 如果您的经授权代表通知我们该人士或组织不再代表您, 我们将不再承认该人士或组织作为您的经授权代表。

第 I 节或第 II 节经授权代表指定将在申请人或会员去世时终止。

第 III 节经授权代表指定在其法定任命结束时终止。经授权代表必须按照上述说明通知我们。

此外, 为未成年子女指定的经授权代表在子女 18 岁生日时终止。

我如何送交本表?

如果您在申请保健福利, 将填妥的经授权代表指定表随您的申请表送交给我们。

如果您已经在接受福利, 您必须在您希望指定经授权代表或者您希望终止声明的经授权代表指定时向我们送交本表, 方法是:

- 将表格邮寄至:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
- 将表格用传真发送至 (857) 323-8300; 或者
- 打电话给我们, 电话号码 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711。