



特拉华州健康与社会服务部 (DHSS)

申请医疗援助 (MEDICAL ASSISTANCE)

欢迎来到特拉华州健康与社会服务部 (DHSS)



在网上
更快地申请

通过 www.assist.dhss.delaware.gov 更快地在线申请
包括只想申请医疗援助 (Medical Assistance) 的所有人员。



哪些人可以使用这个
申请？

- 使用此申请表可以为您家中的任何人进行申请，包括任何不在家里的纳税家属。
- 即使您或您的孩子已经有健康保险，也可以申请。您可能有资格获得较低费用或免费的保险。
- 包括移民在内的家庭可以申请。即使您不符合资格，您也可以为您的孩子申请。申请不会影响您的移民身份或成为永久居民或公民的机会。
- 如果仅申请医疗援助，则可以使用简表。



申请可能需要的信息

- 社会安全号码 (或任何合法移民的证件号码)
- 家庭中每个人的雇主和收入信息 (例如，来自工资单、W-2 表格或工资和税务报表信息)
- 任何当前健康保险的保单号码
- 有关您家人可获得、且与工作相关的任何健康保险的信息。您可能需要填写《附录 A》。



我们为什么要求提供
这些信息？

我们询问收入和其他信息，目的是为了告知您：您有资格获得哪些保险、以及是否可以获得任何帮助来支付保险。我们将按照法律要求保护您提供的所有信息的私密性和安全性。



接下来要采取什么行
动？

请使用已盖邮戳的回邮信封寄回您签署的申请。如果您没有我们要求的所有信息，请签署并提交您的申请。我们会和您跟进。您将获得有关后续步骤的说明。如果您没有收到我们的回复，请致电 1-800-372-2022。



获取有关此申请的帮
助

- 电话：请致电 **1-800-372-2022** 致电我们的客户关系部门。
- 现场：您所在地区可能有社会工作者/个案经理可以提供帮助。
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-866-843-7212**。
- 使用英语以外的语言：请致电 **1-866-843-7212**。
- 听障电话 (TTY) 用户：请致电 **711** 或 **1-800-232-5460**。



特拉华州健康与社会服务部 (DHSS)

申请医疗援助 (MEDICAL ASSISTANCE)

欢迎来到特拉华州健康与社会服务部 (DHSS)

我们通过提供医疗援助计划来帮助有需要的特拉华人，其中包括：

- 来自 Medicaid 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的免费或低成本保险
- 医生、医院、处方、实验室检查和 X 光片
- 通过保险市场 (Marketplace) 购买经济实惠的私人健康保险计划
- 一项新的税收抵免，可以立即帮助您支付健康保险的保费

我们可以提供有关您所在社区中其他有用服务的信息。朋友或亲戚、或者任何您希望的人员都可以帮助您完成这个申请。如果您希望让其他人来管理您的案件并担任您的代表，请填写《附录 C》。

在您签署最后一页之后，您的申请才会完成。将申请返还给我们。

步骤 1

请向我们介绍您自己。

(我们需要家庭中的一名成年人作为您申请的联系人。)

名字、中间名、姓氏和后缀			
家庭住址			公寓或套房号码
城市	州	邮政编码	
邮寄地址 (如果与家庭住址不同)			公寓或套房号码
城市	州	邮政编码	
主要电话号码 () —		辅助电话号码 () —	
首选联系方式 我想通过以下方式接收有关此申请和未来沟通的信息： <input type="checkbox"/> 电子邮箱地址 <input type="checkbox"/> 美国邮件 电子邮箱地址：_____			
首选口语或书面语言 (如果不是英语)			

步骤 2

请向我们介绍您自己和您家里的人。

您是？ ☐ 单身 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 分居 ☐ 公民联盟 (Civil Union) ☐ 丧偶 ☐ 未婚伴侣关系

指令

请为所有与您同住的人填写方块选项。如果您进行税务申报，我们需要了解您的纳税申报表上的所有人。

种族： B = 黑人/非裔美国人

W = 白色

族裔群体：

H = 西班牙裔/拉丁裔

PI = 夏威夷原住民/太平洋岛民

A = 亚洲人

N = 非西班牙裔/拉丁裔

I = 美洲印第安人/阿拉斯加原住民（如果您家里有人是美洲印第安人/阿拉斯加原住民，还请填写《附录 B》）

姓氏	名字，中间名	与您的关系	您是否在此人员申请？	性别 男性/ 女性	出生日期 月/日/年	社会安全号 [*]	种族/ 族裔群体 (可选)	美国公民？ 仅限申请人回答。 ^{**}
		本人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

^{*} 如果您想要健康保险并拥有 SSN，我们需要您提供社会安全号码 (SSN)。如果您不希望获得健康保险，那么，提供您的 SSN 可能会有所帮助，因为它可以加快申请流程。我们使用 SSN 来查看收入和其他信息，以查看您是否有资格获得健康保险费用方面的帮助。如果有人需要帮助获得 SSN，请致电 1-800-772-1213 或访问 socialsecurity.gov。听障电话 (TTY) 用户应致电 1-800-325-0778。

^{**} 仅适用于健康保险的申请人。

仅为合法的外国申请人填写本节。

1. 申请人是否具有合格的移民身份？ ☐ 是。请填写以下部分。

姓名	移民证件类型	证件号码	您是否自 1996 年以来曾在美国生活过？	您或您的配偶或父母是否美军退伍军人或美军的现役军人？

2.申请的 18 岁以下儿童是否有缺席父母？

☐ 是
☐ 否

3.家里是否有 19 岁以下的孩子？

☐ 是
☐ 否

如果回答为“是”，请填写以下内容。

父母或看护人的姓名	孩子的姓名

步骤 3

请告诉我们您的医疗保健情况。

您家中是否有人因工作而获得健康保险（即使该保险由其他人的工作提供，例如：父母或配偶）？如果回答为“是”，则需要填写附录 A。

☐ 是
☐ 否

其是否属于国家雇员福利计划？

☐ 是
☐ 否

除了 Medicaid，您家里是否还有其他人拥有健康保险或 Medicare？

☐ 是
☐ 否

如果回答为“是”，请提供以下信息：

保单持有人姓名	保险名称	投保人	请圈选保险承保范围	保单编号
			医生·医院·化验检查·X 光片	
			医生·医院·化验检查·X 光片	
			医生·医院·化验检查·X 光片	

4.请说明您家中任何怀孕的人员的姓名 _____ 分娩日期 _____

这次怀孕期间预计会生多少个宝宝？ _____

5.请列举任何身体、心理或情感健康状况导致活动受限（如洗澡、穿衣、日常家务、工作等）或住在医疗机构或疗养院的人员 _____

6.请列举过去 2 年中受伤的任何人员（车祸、工伤、医疗事故等）

7.是否有人计划提交本年度的纳税申报表？

☐ 是
☐ 否

（即使您没有提交纳税申报表，您仍然可以申请医疗援助。）

如果回答为“是”，请填写以下内容并回答问题 A。

如果回答为“否”，请跳到问题 B。

纳税申报人姓名	谁将被申报为纳税受抚养人

A. 是否有人会与您共同申报？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答为“是”，请说明配偶姓名：

B. 您是否会在某人的纳税申报表被申报受抚养人？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答为“是”，请列出纳税申报人的姓名以及您与纳税申报人的关系：

8. 请列举您家中 18 岁或以上在特拉华州寄养机构并领取特拉华州 Medicaid 福利的任何人员的姓名：

步骤 4

请告诉我们您家里的人员获得收入。

<input type="checkbox"/> 已就业	从问题 #9 开始（如果有人目前有工作，请告诉我们他或她的收入。）
<input type="checkbox"/> 自雇人士	跳到问题 #19
<input type="checkbox"/> 未就业	跳到问题 #21
<input type="checkbox"/> 当前工作 1	9. 请列出此人员的姓名：
10. 雇主姓名和地址	11. 雇主电话号码 () —
12. 工资/小费/佣金（税前） <input type="checkbox"/> 每小时 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年 \$	
13. 每周平均工作时间	
<input type="checkbox"/> 当前工作 2	14. 请列出此人员的姓名： (如果您有更多工作并且需要更多空间，请另附上一张纸。)
15. 雇主姓名和地址	16. 雇主电话号码 () —
17. 工资/小费/佣金（税前） <input type="checkbox"/> 每小时 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年 \$	
18. 每周平均工作时间	
<input type="checkbox"/> 自雇人士	19. 请列出此人员的姓名：
20. 如果回答为“自雇人士”，请回答以下问题： a. 工作类型 b. 本月您将从这种自雇工作中获得多少净收入（支付业务费用后的利润）？\$	
<input type="checkbox"/> 本月的其他收入	

21.请选择所有适用的内容、金额和收到的频率。

☐ 无

请说明收入的来源	请说明获得收入的人员	请说明收入的具体 金额	请说明他们获得收 入的频率
<input type="checkbox"/> 失业补偿		\$	
<input type="checkbox"/> 养老金		\$	
<input type="checkbox"/> 社会保障		\$	
<input type="checkbox"/> 退休账户		\$	
<input type="checkbox"/> 收到的抚养费		\$	
<input type="checkbox"/> 耕种/捕鱼净收入		\$	
<input type="checkbox"/> 租金/特许权使用费净收入		\$	
<input type="checkbox"/> 其他收入		\$	

☐ 就业变动

22.在过去的一年里，是否有人：☐ 换工作停止工作开始减少工作时间☐ 以上都没有

步骤 5

请告诉我们您的税收减免。

请勾选所有适用的选项，并说明金额和支付频率。

如果您支付的某些费用可以在纳税申报表中扣除，请告诉我们这些费用可能会降低健康保险的费用。

注意：您不应该在对于净自雇收入的答案（问题 20b）中包括您已经考虑过的成本。

- ☐ 支付的抚养费 \$ _____ 频率如何？ _____
- ☐ 学生贷款利息 \$ _____ 频率如何？ _____ 类型： _____
- ☐ 其他税收减免* \$ _____ 频率如何？ _____

* 有关其他可能的扣除额，请参阅“调整后总收入”部分下您当前的纳税申报表 1040。

授权

接收预防怀孕信息的授权

如果您想获得相关信息，可以拨打电话 1-800-230-PLAN（7526）致电计划生育组织（Planned Parenthood）。

如要获取少女怀孕方面的信息，请拨打电话 1-800-499-WAIT（9248）致电预防青少年怀孕联盟（Alliance for Adolescent Pregnancy Prevention）。您也可以拨打特拉华州求助热线 211 或 1-800-464-4357，您所在地区的公共卫生计划生育诊所（Public Health Family Planning clinic）。

步骤 6

阅读并签署此申请。

权利和责任

我已经阅读或曾阅读这份表格上的所有陈述，据我所知，我提供的信息均真实且完整。我明白，如果我故意提供虚假信息，我可能会受到惩罚。我知道我提供的所有信息都属于机密信息，并且，联邦和州法律限制披露有关我的信息。

我理解并同意为我的陈述提供证据。我理解并同意，特拉华州健康与社会服务部（DHSS）可以联系其他人或组织，以获取必要的资格证明。

我必须为每个申请人提供社会安全号码；该号码将用于与其他政府机构核对记录。特拉华州健康与社会服务部（DHSS）还会要求我提供我用其收入来确定我的资格的人员的社会安全号码。非合法外国人无需提供社会安全号码。

我了解，本申请的考虑将不受种族、肤色、性别、年龄、残疾、宗教、国籍或政治信仰的等因素。

我了解我必须申请并接受我可能有资格获得的其他福利，从而获得诸如失业补偿或社会保障之类的福利。

如果有保险等其他资金可用来支付我的医疗费用，我将允许特拉华州健康与社会服务部（DHSS）或其代表充当我的代理人，收回医疗援助计划所花费的钱。

我可能不得不向特拉华州健康与社会服务部（DHSS）偿还我无权获得的任何医疗援助。我偿还此类援助的义务既适用于我的资格期内，也适用于我不再接受医疗援助之后。

根据法律要求，作为资格条件，我将获得医疗支持和任何第三方支付医疗费用的付款等所有权利转让给特拉华州健康与社会服务部（DHSS），并且，我知道我必须与儿童抚养费执法司（Division of Child Support Enforcement）合作，为任何接受医疗援助的儿童建立亲子关系并获得医疗援助。

我了解，孕妇无需配合确定亲子关系并可获得医疗支持，并且，我可以声称有充分的理由拒绝配合确定亲子关系、或识别和提供有关有责任第三方的信息等行动。

我了解，作为医疗援助的接受者，除非我声明我只想获得与医疗支持相关的儿童抚养费服务，否则，我将自动获得儿童抚养费执法司的全部子女抚养费服务。

我了解，如果我是 Medicaid

或特拉华州健康儿童计划的申请人/接受者，如果我对有关自己的资格的任何决定不满意，我有权要求召开公平听证会。

我了解，我可以选择由律师或我选定的任何其他人士代表我。

我同意允许特拉华州健康与社会服务部（DHSS）直接或通过其代理人、钻石州健康计划（Diamond State Health Plan）或特拉华州健康儿童计划（Delaware Healthy Children

Program）访问我家庭中每位有资格获得医疗援助的成员的所有医疗和学校健康及相关服务记录，以便管理医疗援助计划，协调护理，确定医疗必要性，并评估或支付待处理或已产生的医疗服务。

本人证明，本人是美国公民或具有合法移民身份的外国人，如有伪证，愿受处罚。我必须提供合法移民身份证明，并将由美国公民及移民服务局（USCIS）

进行核查。将不会针对非合法的外国人身份展开检查。这不会影响任何公共指控的判定或导致驱逐出境程序。非法外国人可能仅有资格获得紧急服务以及分娩服务。

我同意在 10

天内报告可能影响我的资格的情况变化，例如：与我同住的人数变化、新工作或收入变化，或者我是否搬家。

☐ 我确认在此申请中申请医疗援助的人员没有被监禁、拘留或收监。

☐ 或者，_____ 被监禁。我知道，_____ 在监禁期间，我无法获得 Medicaid/儿童健康保险计划（CHIP）。

未来年份的保险续保

为了更容易确定我在未来几年获得医疗保险费用帮助资格，我同意允许 DHSS 使用收入数据，包括纳税申报表中的信息。健康保险 - 家庭（修订版 2014 年 2 月）

息。DHSS 会向我发送通知，让我进行任何更改；并且，我可以随时选择退出。

是，请在以下时间段自动更新我的下一次保险资格

☐ 5 年（允许的最大年数），或者更短的年数：

☐ 4 年 ☐ 3 年 ☐ 2 年 ☐ 1 年 ☐ 请勿使用纳税申报表中的信息来续保我的保险。

此申请必须由成年家庭成员（18 岁或以上）或已独立生活的未成年人（18 岁以下）签署。

我已收到“权利和责任”文件，并理解其含义。

申请人或代表人签名

日期

适合不会说英语的人员

已提供翻译服务，或者有家庭成员或其他人在场翻译。

翻译者签名

日期

电话号码和代理机构/关系

步骤 7

协助完成此申请 - 可选

您可以选择授权代表。

您可以授予信任的人与我们讨论此申请、查看您的信息并代表您处理与此申请相关的事务的权限，包括获取有关您的申请的信息并代表您签署您的申请。此人被称为“授权代表”。如果您需要更换授权代表，请联系特拉华州健康与社会服务部（DHSS）。如果您是此申请中某人的合法指定代表，请在申请时提交证明。

1. 授权代表姓名（名字、中间名、姓氏）

2.地址		3.公寓或套房号码
4.城市	5.州	6.邮政编码
7.电话号码 () -		
8.组织名称		9.身份证件号码 (如果适用)
通过签名，您允许此人签署您的申请，获取有关此申请的信息，并代表您处理与本机构的所有未来事务。		
10.您的签名		11.日期 (月/日/年)

仅适用于经过认证的申请顾问、引导员、代理和经纪人。

如果您是为他人填写此申请表的认证申请顾问、引导员、代理人或经纪人，请填写此部分。

1.申请开始日期 (月/日/年)	
2.名字、中间名、姓氏和后缀	
3.组织名称	4.身份证件号码 (如果适用)

步骤 8

邮寄完成的申请。

请使用已盖邮戳的回邮信封寄回您签署的申请。如果您没有我们要求的所有信息，请签署并提交您的申请。如有需要，我们将与您联系。填写此申请表并不意味着您必须购买健康保险。