



谁可以使用此申请表？

需要健康保险的任何人都可以使用此申请表。
如果有人帮助您填写此申请表，您可能需要填写附录 C。



更快速的在线申请

登录 DCHealthLink.com，从而更快速地在在线申请。



接下来会发生什么？

将您填写完毕且已签名的申请表发送到第 4 页所列的地址。
如果您没有我们所要求的全部信息，请无论如何签署您的申请表并将其提交给我们。
我们将在 1-2 周内与您跟进联络，并且告知您如何加入一项健康计划。如果您没有收到我们的回复，请访问 DCHealthLink.com 或致电 1-855-532-5465。
填写此申请表并不意味着您必须购买健康保险。



获取费用支付方面的帮助

您需要使用另一张申请表来获得费用支付方面的帮助。您可能有资格享有：

- 可以立即帮助您支付健康保险保费的新税收抵免
- 来自 Medicaid 的免费或低成本保险

即使您的年收入高达 \$94,000（4 口之家），也有可能资格享受免费或低成本计划。访问 DCHealthLink.com 或致电 1-855-532-5465，以了解更多内容。



获取填写此申请表方面的帮助

- 在线：DCHealthLink.com。
- 电话：拨打 1-855-532-5465 联络我们的客户服务中心。
- 面谈：您所在的区域可能有可以为您提供帮助的顾问。
访问 DCHealthLink.com 或致电 1-855-532-5465，以了解更多信息。
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda al cliente gratis al 1-855-532-5465.

PRA 披露声明

依据 1995 年《缩减文书工作法案》，任何人都无需回应信息收集要求，除非其出示有效的 OMB 控制号码。针对该信息收集的有效 OMB 控制号码是 0938-1191。完成此信息收集所需的时间预计为平均每个回应 20 分钟，包括查看说明、搜索现有数据资源、收集所需资料以及填写并审查信息收集的时间。如果您对时间估计的准确性有意见或是有改进此表格的建议，请写信至：CMS, 7500 Security Boulevard, 收件人：PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。



需要填写申请表方面的帮助？访问 DCHealthLink.com 或致电 1-855-532-5465 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-532-5465. 如果您需要非英语的语言帮助，请拨打 1-855-532-5465 并将您需要的语言告知客户服务代表。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 711。

使用蓝色或黑色墨水填写此申请表。

第 1 步**告知我们您的情况。**

(我们需要家庭中的一名成年人来担任您申请表中的联络人。)

1. 名字		中间名	姓氏	后缀
2. 家庭地址 (如果您没有, 则请留空。)				3. 公寓或套房号
4. 城市	5. 州	6. 邮政编码	7. 病房 (可选)	
8. 邮寄地址 (如果与家庭地址不同)				9. 公寓或套房号
10. 城市	11. 州	12. 邮政编码	13. 县	
14. 电话号码 () - -		15. 其他电话号码 () - -		
16. 您是否想通过电子邮件获得关于此申请表的信息? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 电子邮件地址: _____				
17. 您首选的口头或书面语言是什么 (如果不是英语)?				
18. 您是否需要健康保险? <input type="checkbox"/> 是。如果是, 请回答下列所有问题。 <input type="checkbox"/> 否。如果不是, 请跳至第 2 页的第 2 步。(将此页的剩余部分留空)				
19. 社会保险号		我们针对想要获得保险的任何人需要获得社会安全号 (SSN)。我们使用 SSN 来验证公民身份。如需获得 SSN 方面的帮助, 请访问 socialsecurity.gov 或拨打 1-800-772-1213。TTY 用户应拨打 1-800-325-0778。		
- - - - -				
20. 性别		21. 出生日期 (月/日/年)		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		/ /		
22. 您是否为美国公民或美国国民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
23. 如果您不是美国公民或美国国民, 您是否有合格的移民身份? (参见说明。)				
<input type="checkbox"/> 是。在下方填写您的文件类型和 ID 号。				
a. 移民文件类型:		b. 文件 ID 号		
_____		_____		
24. 如果是西班牙裔/拉丁裔, 请指明族群 (可选 — 勾选所有适用项。)				
<input type="checkbox"/> 墨西哥人 <input type="checkbox"/> 墨西哥裔美国人 <input type="checkbox"/> 奇卡诺人 <input type="checkbox"/> 波多黎各人 <input type="checkbox"/> 古巴人 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
25. 种族 (可选 — 勾选所有适用项。)				
<input type="checkbox"/> 白种人	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民	<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 越南人	<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人
<input type="checkbox"/> 黑种人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 亚裔印度人	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 其他亚洲人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人
	<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民	<input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民
				<input type="checkbox"/> 其他 _____

现在, 告诉我们还有谁需要健康保险。



需要填写申请表方面的帮助? 访问 DCHealthLink.com 或致电 1-855-532-5465 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-532-5465. 如果您需要非英语的语言帮助, 请拨打 1-855-532-5465 并将您需要的语言告知客户服务代表。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 711。

第 2 步

告知我们关于需要健康保险的任何人的信息。

(如果您要包含更多人，请复制此页并将其随附在后面。)

第 2 步：第 2 个人

1. 名字 中间名 姓氏 后缀
2. 与您的关系?
3. 社会保险号 4. 出生日期 (月/日/年) 5. 性别
6. 第 2 个人是否与您生活在同一个地址?
7. 第 2 个人是否为美国公民或美国国民?
8. 如果第 2 个人不是美国公民或美国国民，他们是否有合格的移民身份?
9. 如果是西班牙裔/拉丁裔，请指明族群
10. 种族

第 2 步：第 3 个人

1. 名字 中间名 姓氏 后缀
2. 与您的关系?
3. 社会保险号 4. 出生日期 (月/日/年) 5. 性别
6. 第 3 个人是否与您生活在同一个地址?
7. 第 3 个人是否为美国公民或美国国民?
8. 如果第 3 个人不是美国公民或美国国民，他们是否有合格的移民身份?
9. 如果是西班牙裔/拉丁裔，请指明族群
10. 种族



需要填写申请表方面的帮助? 访问 DCHealthLink.com 或致电 1-855-532-5465 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-532-5465. 如果您需要非英语的语言帮助，请拨打 1-855-532-5465 并将您需要的语言告知客户服务代表。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 711。

第 3 步 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN) 家庭成员

1. 您或您家中的任何人是否为美洲印第安人或阿拉斯加原住民？

- 否。如果否，请跳至第 4 步。
 是。如果是，请继续。如果您要包含更多人，请复制此页并将其随附在后面。

	AI/AN 第 1 个人	AI/AN 第 2 个人
2. 姓名 (名字, 中间名, 姓氏)	名字 中间名	名字 中间名
	姓氏	姓氏
3. 联邦承认的部落成员？	<input type="checkbox"/> 是 如果是，请指出部落名称 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 如果是，请指出部落名称 <input type="checkbox"/> 否

第 4 步 读并签署此申请表。

- 基于作伪证即受惩罚的规定，本人签署此申请表，表明我已尽我所知针对本表上的所有问题提供真实的回答。我知道，如果我故意提供虚假或不真实的信息，依据联邦法律我会受到惩罚。
- 我知道，如果我在此申请表上填写的任何内容发生变化（并且与之不同），我必须将其告知 DC Health Link。我可以访问 DCHealthLink.com 或拨打电话 1-855-532-5465 以报告任何变化。我知道，我的任何信息变化都可能影响到我的家庭成员的资格判定。
- 我知道，根据联邦法律规定，不得基于种族、肤色、原国籍、性别、年龄、性取向、性别认同或残疾而实施差别对待。我可以访问 www.hhs.gov/ocr/office/file 提交歧视投诉。
- 我知道，我在本表中的信息将仅用于判定健康保险资格并将根据法律规定获得保密。
- 我确定在此申请表中申请健康保险的任何人都未遭受监禁（被扣留或入狱）。如果否，_____ 遭受监禁。
(此人姓名)
- 我了解，我的信息将用于核查健康保险资格。我们将利用我们电子数据库以及来自社会保险局和国土安全部数据库的信息来核实您的回答。如果信息不匹配，我们可能会要求您向我们发送证明。

如果我认为我的资格申请结果不正确，应该怎么做？

如果您不同意您符合条件的申请结果，那么在很多情况下，您可以请求上诉。以下是请求上诉时需要考虑的重要信息：

- 如果您愿意，可以让其他人请求或参与您的上诉。此人可以是您的朋友、亲属、律师或其他人。或者，您可以独自请求并参与您的上诉。
- 如果您请求上诉，则可以在上诉待决期间保留您的承保资格。
- 上诉结果可能会改变您家中其他成员的承保资格。

如要对您的资格结果提出上诉，则必须在收到资格通知后的 90 天内请求上诉。如要请求上诉，请访问 DCHealthLink.com 登录健康保险交易市场，或致电 1-855-532-5465。TTY 用户应拨打 711。您还可以将上诉申请表或请求上诉的信函邮寄到 **Office of Administrative Review and Appeals; 64 New York Avenue NE; Washinton DC 20002**。您可以通过 DC Health Link 和注册期对您购买健康保险的资格提出上诉。

签署此申请表。 填写第 1 步的人应签署此申请表。如果您是受权代表，可以在此处签名，只要您已在附录 C 中提供所需的信息。

签名	日期 (月/日/年)									
	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>/</td> <td> </td> <td> </td> <td>/</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			/			/			
		/			/					



需要填写申请表方面的帮助？ 访问 DCHealthLink.com 或致电 1-855-532-5465 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-532-5465. 如果您需要非英语的语言帮助，请拨打 1-855-532-5465 并将您需要的语言告知客户服务代表。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 711。

第 5 步

邮寄填写完毕的申请表。

将您已经签名的申请表邮寄到：

DC Health Link
Department of Human Services
Case Records Management Unit
P.O.Box 91560
Washington DC 20090

如果您想要登记投票，可以在 [DCBOEE.org](https://www.dcboee.org) 填写选民登记表。



需要填写申请表方面的帮助？ 访问 [DCHealthLink.com](https://www.DCHealthLink.com) 或致电 **1-855-532-5465** 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-532-5465**. 如果您需要非英语的语言帮助，请拨打 **1-855-532-5465** 并将您需要的语言告知客户服务代表。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 **711**。

填写此申请表方面的援助

您可以选择一名受权代表。

您可以允许一名信任的人与我们讨论关于此申请表的内容、查看您的信息并且代表您处理与此申请表有关的事项包括获取关于您的申请表之信息以及代表您签署申请表。此人被称为“受权代表”。如果您需要更换您的受权代表，请联络 DC Health Link。如果您是申请表上的某人之合法任命的代表，请连同此申请表提交您的证明。

1. 受权代表姓名（名字、中间名、姓氏）		
2. 地址		3. 公寓或套房号
4. 城市	5. 州 <input type="text"/> <input type="text"/>	6. 邮政编码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. 电话号码 (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. 机构名称		
9. ID 号（如果适用） <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
在此处签名，即表明您允许此人签署您的申请表、获取关于此申请表的官方信息并且代表您处理与此申请表有关的所有未来事项。		
10. 您的签名		11. 日期（月/日/年） <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

仅限经认证的申请顾问、指导员、代理和经纪人。

如果您是为他人填写此申请表的经认证的申请顾问、指导员、代理或经纪人，请填写此部分。

1. 申请开始日期（月/日/年） <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. 名字，中间名，姓氏和后缀	
3. 机构名称	
4. ID 号（如果适用） <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5. 仅限代理/经纪人：NPN 号码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



需要填写申请表方面的帮助？ 访问 [DCHealthLink.com](https://www.dchealthlink.com) 或致电 1-855-532-5465 联络我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-532-5465. 如果您需要非英语的语言帮助，请拨打 1-855-532-5465 并将您需要的语言告知客户服务代表。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应拨打 711。

登记投票

除了申请健康保险外，您还可以在您居住所在地区登记投票或更新您的选民登记记录，以反映出地址、姓名或党派变化。

 **重要通知：** 申请登记或拒绝登记投票将不会影响您的资格或 DC Health Link 可能提供给您的财务援助金额。

《全国选民登记法》为您提供了连同此健康保险申请一同登记投票的机会。如果您需要帮助来填写选民登记表，我们将为您提供帮助。是否寻求会接受帮助的决策权在于您。

机密性：无论您是否决定登记投票，您的决策都将获得保密。您可以私下填写选民登记表并单独发送填写完毕的登记表。

如果您认为有人干涉您登记或拒绝登记投票的权利，或是您选择政党或其他政治偏好的权利，可以向华盛顿特区选举委员会提交投诉，地址为 441 4th Street, N.W., Suite 250, Washington, D.C. 20001。电话：(202) 727-2525。4th Street, N.W., Suite 250, Washington, D.C. 20001。电话：(202) 727-2525。

如果您未在当前居住所在地区登记投票，那么您是否愿意连同此申请登记投票？

是 **如果是** ➔ 填写包含于下页的正式的选民登记申请表、签署登记表并将其提交至地址列于表格底部的哥伦比亚特区选举委员会。

否 **如果否** ➔ 无需采取进一步行动。

如果您并未在上方填写“是”或“否”，将被视为已决定不在此时登记投票。



需要填写申请表方面的帮助？拨打电话

1-866-328-6837 联络哥伦比亚特区选举委员会，或是在线访问网站 www.dcboee.org

申请登记或拒绝登记投票将不会影响 DC Health Link 将提供给您财务援助金额。



Voter Registration Application

District of Columbia 
Board of Elections 

Use this form to register to vote in the District of Columbia, to let us know that your name or address has changed, to register with a political party, or to change your party registration.

To **register to vote** in the District of Columbia, you must:

- Be a United States citizen
- Be a resident of the District of Columbia
- Not claim voting residence outside the District of Columbia
- Be at least 16 years old
- Not be in jail for a felony conviction
- Not have been found by a court to be legally incompetent to vote

To **vote** in the District of Columbia, you must:

- Maintain residency for at least 30 days prior to the election in which you intend to vote
- Be at least 17 years old
- Be at least 18 years old by the next general election

To **vote in a primary election**, you must also:

- Be registered in that party at least 30 days prior to the election unless you are registering for the first time

Please complete all items on this form. You are not officially registered to vote until the Board of Elections has approved this application. If you do not receive a voter registration card in the mail within three weeks of mailing this application, call 202-727-2525. **If you are registering to vote in the District of Columbia for the first time and submit this application by mail or on Election Day, you may be required to provide identification at the polls showing your name and current address.** Your mailed application must be postmarked by the 30th day preceding the next election. After that date, you can register to vote in person at 441 4th Street NW, Suite 250 North.

Questions? Call 202-727-2525 or 866-328-6837 or visit www.dcboee.org.

Información en español: Si le interesa obtener este formulario en español, llame al 202-727-2525.

Hearing impaired: For TDD assistance, call 202-639-8916.

VRFM01_13

(Use a pen to complete this form)

1	Check one: Are you a U.S. Citizen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>If you checked 'no', do not complete this form.</small>		2	Reason for completing this form		Voter ID Number	
				<input type="checkbox"/> New Registration <input type="checkbox"/> Party Change		Reg. Date	Clerk
1a	Check one: Would you like information on serving as a poll worker for the next election? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
3	Gender <i>(Optional)</i>	Last Name	First Name		Middle Name	Suffix Jr. Sr. II III IV	
	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female						
4	Address Where You Live Circle One NE NW SE SW			Apartment Number	Zip Code		
	Address Where You Get Your Mail <small>(If different from #4)</small>			Zip Code	E-mail address <i>(Optional)</i>		
5	Date of Birth	Daytime Phone Number <i>(Optional)</i>	7	DC DMV-issued ID Number	8	Last four digits of your Social Security Number	
9	Party Registration – Check one box		8a	<input type="checkbox"/> I have not been issued a Driver's License Number or a Social Security Number. Please assign me a number.			
	<input type="checkbox"/> Democratic Party <input type="checkbox"/> Republican Party <input type="checkbox"/> D.C. Statehood Green Party <input type="checkbox"/> Libertarian Party <input type="checkbox"/> no party (independent) <input type="checkbox"/> other party (write <u>name</u> below)			13	Voter Declaration— Read, Check and Sign below		
<p>PLEASE NOTE: To vote in a primary election in the District of Columbia, you must be registered with the Democratic, Republican, D.C. Statehood Green or Libertarian Party.</p>		I swear or affirm that: <input type="checkbox"/> I am a U.S. citizen; <input type="checkbox"/> I live in the District of Columbia at the address (#4) above; <input type="checkbox"/> I am at least 16 years old. I am not in jail on a felony conviction, I have not been found by a court to be legally incompetent to vote and I do not claim voting residence outside of the District of Columbia. WARNING: If you sign this statement even though you know it is untrue, you can be convicted and fined up to \$10,000 and/or jailed for up to five years.					
10	<i>Optional:</i> If you have a disability that requires assistance with voting, please indicate type: _____						
11	What is your primary language if it is not English? _____						
12	Name and Address on Last Registration						
	_____ <small>(If outside D.C., include county and state)</small>						
		Signature		Date			

Notice: Voter registration information is public, with the exception of full/partial social security number, date of birth, email, and phone number.
D.C. Official Code § 2-531 et seq., 3 DCMR § 501.

将填写完毕的表格发送至:

D.C. Board of Elections
One Judiciary Square
441 4th Street, N.W., Suite 250 North
Washington, DC 20001

帮助您填写 健康保险申请表说明

自 2013 年 10 月 1 日起，您可以通过 DC Health Link 申请健康保险。保险从 2014 年 1 月 1 日开始。DC Health Link 旨在帮助您找到适合您的预算并且满足您的需求之健康保险。

为了您的方便，我们提供了不同的方法供您向健康保险交易市场申请。最快的方式是登录 DCHealthLink.com 在线申请。如果您在线申请，还可以立即获得您的资格申请结果。

如果您想要为自己和/或其他家庭成员获得健康保险但却不需要费用支付方面的帮助，请填写此申请表。填写此申请表并不意味着您必须购买健康保险。

这些说明包括对申请表中的部分项目，并非所有项目的额外帮助。

在您开始前，准备好下列信息可能会有帮助：

- 社会保险号 (SSN)
- 想要健康保险的合格移民的文件编号
- 出生日期



本申请表中共有 5 个步骤。

使用蓝色或黑色墨水填写申请表。

第 1 步 告知我们您的情况。

(第 1 页)

成年人 (18 岁或以上) 必须填写联系信息。我们需要此信息, 以便我们在有关于您的申请表之任何问题时与您跟进联络并告知您如何加入健康计划。

需要健康保险?

填写一整页内容。

您自己不需要健康保险?

填写第 1-18 项。

第 23 项

如果您不是美国公民但有合格的移民身份, 请勾选“是”并提供您的文件类型和文件 ID 号 (参见第 4-6 页)。如果您有多个文件, 请列出全部。

第 24-25 项

族群和种族问题可选填。此信息将帮助美国卫生和人类服务部 (HHS) 更好地了解和改进所有美国人的健康及医疗保健。提供此信息将不会以任何方式影响您的健康保险资格、您的健康计划选择, 或是您的费用。

第 2 步 告知我们关于需要健康保险的任何人的信息。

(第 2 页)

填表空间最多能够包含 3 个人的信息。如果想要为超过 3 个人申请保险, 请复制第 2 页并针对额外的每个人填写信息。

第 8 项

如果公民不是美国公民但有合格的移民身份, 请勾选“是”并提供其文件类型和文件 ID 号 (参见第 4-6 页)。如果此人有多文件, 请列出全部。

第 9-10 项

族群和种族问题可选填。此信息将帮助 HHS 更好地了解并改进所有美国人的健康和医疗保健。提供此, 信息将不会以任何方式影响此人的健康保险资格、健康计划选择或费用。

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 页)

如果您或您家中的任何人是美洲印第安人或阿拉斯加原住民，请勾选“是”并填写第 2 和第 3 项。我们可为联邦认可的部落成员提供特殊帮助。

第 4 步

阅读并签署此申请表。

(第 3 页)

阅读本页声明、签署您的姓名并标注今天的日期。签署此声明即表明您同意您提供的信息是真实而准确的。如果您或在此申请表中申请健康保险的任何人遭受监禁（被扣留或入狱），请在提供的一行上写出其姓名。如果此人正在等候处置，请在其姓名旁写上“待处置”。

如果授权代表帮助您填写此申请表，他们可以代您签署此表格，但您将需要填写附录 C：填写此申请表方面的援助，并将其连同您的申请表提交。

第 5 步

邮寄填写完毕的申请表。

(第 4 页)

邮寄您原始的、签署姓名的申请表（以及附录，如适用）至：

**DC Health Link
Department of Human Services Case
Records Management Unit
P.O. Box 91560
Washington DC 20090**

当您邮寄您的申请表时，请确保使用正确金额的邮资。邮费将取决于您的申请表重量，后者将基于您包含的页面数量而定。如果您没有全部信息或是无法填写所有项目，请无论如何将您的申请表发送给我们。我们将在 1-2 周内与您跟进联络。

合格的移民身份列表：

使用此列表来回答关于合格移民身份的问题。如果您在下方看到自己的身份，请勾选表明“是”的方框。

有些人具有工作许可证：

- 登记申请人
- 监督令
- 取消递解出境或暂缓驱逐出境的申请人
- 依据《移民改革和控制法》(IRCA) 的合法化申请人
- 临时保护身份 (TPS) 的申请人
- 依据《合法移民家庭公平法》的合法化

下列项目的申请人：

- 特殊移民少年身份
- 签证申请获准的合法永久居民 (LPR) 身份调整
- 人口贩卖受害者签证
- 获得工作许可证的避难者，或是年龄小于 14 岁并且曾申请庇护等候至少 180 天者
- 依据移民法或《禁止酷刑公约》(CAT) 的规定，暂缓驱逐出境或暂缓递解出境，此人获得工作许可证，或是年龄小于 14 岁并且依据移民法或 CAT 的规定曾申请暂缓驱逐出境或暂缓递解出境且等待至少 180 天。
- 避难者
- 难民
- 古巴/海地入境者
- 假释进入美国者
- 1980 年以前准许的符合条件的入境者
- 受虐待的配偶、子女或父母
- 具有非移民身份（包括工作签证、学生签证，以及密克罗尼西亚、马绍尔群岛和帕劳群岛公民）的个人
- 临时保护身份 (TPS)
- 合法永久居民（LPR/绿卡持有者）
- 暂缓遣返身份（童年入境者暂缓遣返 (DACA) 不是申请健康保险的合格移民身份）
- 合法临时居民
- 由国土安全部 (DHS) 授予的表明暂缓递解的行政命令
- 联邦认可的印第安部落成员或在加拿大出生的美洲印第安人
- 美属萨摩亚居民
- 人口贩卖受害者及其配偶、子女、兄弟姐妹或父母
- 依据移民法或《禁止酷刑公约》(CAT) 的规定，获得暂缓驱逐出境或暂缓递解出境
- 暂缓强制离境 (EDE)

移民身份和文件类型：

如果您是申请健康保险的符合条件的非公民，请列出您的移民文件。参见下方列表，了解部分常见的文件类型。如果您所拥有的文件未列出，您也可以写下它的名字。如果您不确定，或者您有合格的身份但却没有文件，请拨打 DC Health Link 客户服务部的免费电话 **1-855-532-5465** 寻求帮助。

如果您有：	针对文件 ID 列出下列内容：
永久居民卡，“绿卡”(I-551)	<ul style="list-style-type: none">• 外侨登记号码• 卡号
再入境许可 (I-327)	<ul style="list-style-type: none">• 外侨登记号码
难民旅行文件 (I-571)	<ul style="list-style-type: none">• 外侨登记号码
工作许可证 (I-766)	<ul style="list-style-type: none">• 外侨登记号码• 卡号• 到期日• 类别代码
机器可读的移民签证（带临时 I-551 语言）	<ul style="list-style-type: none">• 外侨登记号码• 护照号码
临时 I-551 印章（印在护照或 1-94/1-94A 上）	<ul style="list-style-type: none">• 外侨登记号码抵境/离境记录
(I-94/I-94A)	<ul style="list-style-type: none">• I-94 号码 外国护照上的抵
境/离境记录 (I-94)	<ul style="list-style-type: none">• I-94 号码• 护照号码• 到期日• 签发国家
外国护照	<ul style="list-style-type: none">• 护照号码• 到期日• 签发国家
非移民学生身份证明 (I-20)	<ul style="list-style-type: none">• 学生和交流访问者信息系统 (SEVIS) ID
交流访问者身份证明 (DS2019)	<ul style="list-style-type: none">• 学生和交流访问者信息系统 (SEVIS) ID
诉讼通知 (I-797)	<ul style="list-style-type: none">• 外侨登记号码或 I-94 号码
其他	<ul style="list-style-type: none">• 外侨登记号码或 I-94 号码• 文件类型或名称描述

如需更多合格的移民文件或身份，请继续前往下一页。

您也可以出示以下文件或身份证明：

- 表明联邦认可的印第安部落成员或在加拿大出生的美洲印第安人身份的文件（**注：**该文件被视为申请 Medicaid 的合格移民身份，但不是合格的健康计划 (QHP) 的合格移民身份。）
- 难民安置办公室 (ORR) 合格函（若未满 18 岁）
- 表明暂缓递解的文件
- 由国土安全部 (DHS) 签发的表行延期递解的行政命令
- 美国卫生及人类服务部 (HHS) 难民安置办公室 (ORR) 证明
- 古巴/海地入境者
- 美属萨摩亚居民

针对个体经营者：

如果您有下列任何花费，都可以将其从您的总收入中减去，从而得到您的个体经营净收入金额：

- 汽车和卡车费用（在工作日使用，并非用于通勤）
- 员工工资和附加福利
- 利息（包括支付给银行的抵押利息等）
- 商业财产和公用事业设施的出租或租赁
- 广告
- 修理和维护
- 可扣除的个体经营税
- 对个体经营的 SEP、SIMPLE 或合格的退休计划的分摊额
- 财产、责任或营业中断保险
- 折旧
- 法律和专业服务
- 佣金、税金、许可和费用
- 合同工
- 某些商务旅行和餐食
- 个体经营的健康保险费用

帮助您填写 附录的说明

附录 A

来自工作的健康保险

如果您家中的任何人有工作提供的健康保险，包括通过父母或配偶获得的健康保险，请提供关于所提供的保险信息，无论此人当前是否参保。

针对提供健康保险的每个雇主填写一页。此附录包括雇主保险工具，可提供给雇主以方便其回答关于其提供的保险问题。

附录 B

美洲印第安人或阿拉斯加原住民家庭成员 (AI/AN)

如果您或家庭成员是美洲印第安人或阿拉斯加原住民，请填写附录 B。您将被询问关于此人的部落身份、收入及其他信息问题。

附录 C

填写此申请表方面的援助

- **仅认证的申请顾问、指导员、亲自援助顾问及其他协助者：**这些是经过训练、能够帮助消费者通过 DC Health Link 寻找健康保险选择，包括帮助其填写申请表的专业个人或机构。他们免费为消费者提供服务。您可以要求查看显示其获准进行此工作的证明。他们可以帮助您填写此部分。ID 号是指导员的识别号码。这是提供给每个指导员的独特字母数字 ID 号（13 个字母和数字）。
- **代理和经纪人：**代理和经纪人可以帮助您申请获得保险费用支付方面的帮助并通过 DC Health Link 加入合格的健康计划 (QHP)。他们可以对您应加入哪项计划给出具体建议。他们还经过州许可并接受监管，通常在健康保险公司吸收消费者时从保险公司获得付款或佣金。他们可以帮助您填写此部分。

列出代理和经纪人的 ID 号：

- **FFM 用户 ID：**代理或经纪人在 DC Health Link 注册时创建的独特 ID。
- **国家制作人号 (NPN)：**分配给每个经许可的代理或经纪人的独特号码（最多 10 位数字）。前往国家保险制作人登记网站 www.nipr.com 可轻松找到 NPN。

已提交的信息许可

提交此申请表，即表明您已获得申请表上的全部信息相关者的许可，将其信息提交给 DC Health Link 并收到关于其资格和参保的任何通讯。

隐私法声明

(2013 年 9 月 1 日生效)

依据由 2010 年《医保和教育协调法》（公法编号 111-152）修改的《患者保护与平价医疗法案》（公法编号 111-148）及社会保险法，我们经授权收集关于此申请表及任何支持性文件的信息，包括社会保险号。

我们需要关于您及此表中列出的其他个人的信息，以判定下列资格：(1) 通过 DC Health Link 对合格的健康计划的参保，(2) 保险支付能力计划（例如 Medicaid、保险费税费抵免的预付款和成本分担扣减额），以及(3) 个人责任要求豁免证明。作为此流程的一部分，我们将验证表格中提供的信息、与您或您的授权代表沟通，并最终将信息提供给您选择的合格的健康计划，以便其能够将任何合格的个人注册到合格的健康计划或保险支付能力计划。我们还会将表格中提供的信息用作 DC Health Link 继续运营的一部分，活动包括验证所有计划的继续资格、处理上诉、针对合格的个人报告并管理保险支付能力计划、执行监督和质量控制活动、反对欺诈以及回应关于信息安全性或机密性的任何问题。

虽然提供要求的信息（包括社会保险号）属于自愿行为，但未能提供该信息可能会延迟或妨碍您通过 DC Health Link 获得健康保险、保险费税费抵免预付款、成本分担扣减额或是共同责任金豁免的能力。如果您没有共同责任金豁免并且您在一年内没有保持三个月或更长时间的符合健康保险条件的身份，那么您可能遭到处罚。如果没有就此表格提供正确信息，或是您故意并任意提供虚假或欺骗性信息，可能遭受处罚及其他执法行动的处理。

为验证并处理申请、判定资格并运营，我们需要将收到的选定信息分享到 DC Health Link 以外，包括：

1. 联邦机构（例如国内收入署、社会保障总署和国土安全部）、州机构（例如 Medicaid 或 CHIP）或本地政府机构。我们可以将您提供的信息用于和其他任何群组的计算机匹配程序，从而做出资格判定、验证参保合格的健康计划或联邦福利计划的持续资格，或是处理资格判定上诉；
2. 其他验证来源包括消费者征信报告机构；
3. 申请表上识别的、用于资格判定的雇主；
4. 申请者/参保者以及申请者/参保者的授权代表；
5. 经 CMS 验证可以协助申请者/参保者的合格的健康计划的代理、经纪人和发行方（如果适用）；
6. 参与执行 DC Health Link 职能的合约商；以及
7. 法律规定的任何其他人士。

本声明提供 1974 年《隐私法》(5 U.S.C. § 552a(e)(4)) 规定的通知。