

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (AI/AN)

如果您或您的家庭成员是美国印第安人或阿拉斯加原住民，请填写本附录。请将本附录与您的健康保险申请表一并提交。

请告知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。

美国印第安人和阿拉斯加原住民可以通过印第安人健康服务机构、部落健康计划或城市印第安人健康计划来获取服务。他们也可能无需支付分摊费用，并可以获得特殊的每月注册期。回答以下问题，确保您的家人获得尽可能多的帮助。

注意事项：如果您需要添加更多人，请复印此页并附上。

	AI/AN 人员 1	AI/AN 人员 2
1. 姓名 (名字、中间名、姓氏)	名字 _____ 中间名 _____	名字 _____ 中间名 _____
	姓氏 _____	姓氏 _____
2. 您是联邦政府承认的部落成员吗？	<input type="checkbox"/> 是 若是， 请提供部落名和所在州 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 若是， 请提供部落名和所在州 <input type="checkbox"/> 否
3. 此人是否曾经获得过印第安人健康服务机构、部落健康计划或城市印第安人健康计划的服务，或者通过这些计划的转介获得过服务？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若否， 那么此人是否有资格获得印第安人健康服务机构、部落健康计划或城市印第安人健康计划的服务，或者通过这些计划的转介获得服务？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若否， 那么此人是否有资格获得印第安人健康服务机构、部落健康计划或城市印第安人健康计划的服务，或者通过这些计划的转介获得服务？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 收到的某些款项可能不计入联邦医疗补助计划 (Medicaid) 或肯塔基州儿童健康保险计划 (KCHIP)。列出您在申请中报告的所有收入（金额和频率），包括以下来源的款项：	\$ _____ 获得收入的频率？ _____	\$ _____ 获得收入的频率？ _____

如需寻求申请帮助或在线上更快地申请，请访问 www.kynect.ky.gov 或致电 1-855-4kynect (459-6328)。Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).