



健康保险和医疗费用补助

多人申请表

须知事项

使用本申请表查看您有资格选择哪些保险

本申请表适合哪些人？

在线上更快地申请

申请所需信息

我们为什么要求提供这些信息？

接下来会发生什么？

- 联邦医疗补助计划 (Medicaid) 或肯塔基州儿童健康保险计划 (KCHIP) 提供的免费或低成本保险
- 费用补助，可以用来支付健康保险的费用
- 价格实惠的健康保险计划，可以提供全面的保障，帮助您保持健康

符合以下条件的家庭成员（配偶、伴侣、子女、其他人）：

- 现居住在肯塔基州并计划留在肯塔基州
- 虽然他们不和您同住，但包含在您的纳税申报单中
- 虽然他们没有报税，但他们和您同住

访问 www.kynect.ky.gov 在线上更快地申请。

您的社会保障号码（如果您是合法移民，则为证件号码）

雇主和收入信息（例如，工资单、W-2 表格、奖励函或薪资和税务报表）

我们需要了解您的保障社会号码 (SSN)、收入和其他信息，以确定您是否符合资格，以及是否可以获得健康保险费用的补助。

如果您在获取 SSN 方面需要帮助，请致电 1-800-772-1213 或访问 socialsecurity.gov。TTY 用户应拨打 1-800-325-0778。

我们将根据法律规定，对您提供的所有信息保密。社会保障号码用于核实您的收入，并通过计算机与其他机构（如肯塔基州就业服务部、美国国税局和其他比对来源）进行数据比对。社会保障号码不会用于向美国公民及移民服务局 (USCIS) 报告任何人的情况。

- 将填妥并签名的申请表邮寄或传真至：

Kynect 健康保险

邮政信箱 2104

肯塔基州弗兰克福特，邮编 40602

传真：1-502-573-2007

- 如果您没有我们要求提供的全部信息，您仍然可以提交申请。如果我们无法根据您提供的信息做出决定，我们将与您联系，请您提供缺失信息。
- 如果我们能够做出决定，我们将向您发送有关选择计划所需步骤的详细信息。您需要上网、致电我们或寻求保险代理人或 kynector 的帮助来加入计划。

获取帮助

- 网址：www.kynect.ky.gov
- 电话：致电客户服务热线 **1-855- 4kynect (459-6328)**
- 亲自来访：访问我们的网站或致电我们，查找您居住地附近的地点列表。
- 联系保险代理人或 **kynector**：如需获取您附近的保险代理人和 **kynector** 的列表，请访问我们的网站或致电 **1-855-4kynect (459-6328)**。
- **Español:**Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- **TTY** 用户请拨打 **1-855-459-6328**



健康保险和 医疗费用补助 多人申请表

第 1 步 告知我们您的个人信息（责任方）

在申请表的这一部分填写责任方的信息（即使责任方不打算申请参保）。如果您是为他人填写本申请表，则必须使用**附录 B** 来填写您的联系信息。



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).

表格 KHBE-110

修订日期：2021 年 6 月

1. 名字、中间名首字母、姓氏、后缀 (如您的社会保障卡所示)

2. 社会保障号码 (SSN)

如果您希望参保并拥有 SSN, 我们需要您提供 SSN。若您不想参加健康保险, 向我们提供您的 SSN 也有助于加快申请流程。

3. 如果您希望参保但未提供 SSN, 请选择未提供的原因。

- 宗教异议 已申请 SSN 没有资格获得 SSN
 没有 SSN, 仅在正当的非工作理由的情况下, 才可以获得 SSN 拒绝提供 SSN
 我不打算申请保险, 所以我不想提供

4. 如果您需要申请健康保险, 请勾选此处 并回答所有问题。
如果您不需要申请健康保险, 请不要回答下一页的第 26 至 34 个问题。

5. 出生日期 (月/日/年)

6. 性别

男 女

7. 您是否居住在肯塔基州并计划留在肯塔基州? (仅当需要参保时, 才填写) 是 否

8. 家庭地址 - 如果您没有家庭地址, 请在此处勾选。您仍需在下面填写邮寄地址。

9. 城市

10. 州

11. 邮政编码

12. 郡

13. 邮寄地址 (仅当与家庭住址不同时, 才填写)

14. 城市

15. 州

16. 邮政编码

17. 郡

18. 主要电话号码 家庭电话 工作电话 手机号码

19. 次要电话号码

家庭电话 工作电话

手机号码

20. 如果您不想接收发送到主要电话号码的 kynect 短信提醒, 可在此处勾选。

如果您不想接收发送到次要电话号码的 kynect 短信提醒, 可在此处勾选。

21. 首选口头语言 (如不是英语)

22. 首选书面语言 (如不是英语)

23. kynect 会将 **1095-A 表格** 发送给您和美国国税局 (IRS), 以告知注册信息以及家庭在保险年度内获得的费用补助金额 (如有)。您可以通过访问 www.kynect.ky.gov 或联系 DCBS, 为家庭中所有在本年度享受过联邦医疗补助计划的人, 索取 **1095-B 表格**。我们会将表格邮寄给您, 如果您在 kynect 上创建了帐户, 我们也可以通过电子邮件通知您表格已可查看。如果您希望通过电子邮件接收通知, 请填写您的邮件地址:

24. 作为责任方, 您是否计划明年提交联邦所得税申报表? (不提交联邦所得税申报表, 也可以申请健康保险。)

是。若是, 请回答问题 a-d。 否。若否, 请跳至问题 d。

a. 您的报税身份是?

已婚夫妇联合报税

已婚夫妇分开报税

单身

户主

b. 如果已婚, 配偶的姓名是什么? _____

c. 您是否有纳税受抚养人?

是 否

若是, 请列出受抚养人的姓名: _____



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).

表格 KHBE-110

修订日期: 2021 年 6 月

d. 您是否在其他人的纳税申报单上被列为受抚养人？ 是 否

若是，请列出纳税人的姓名：_____ 您
与纳税人是什么关系？_____

25. 您是否是家庭中某位成员的父母/照顾者？ 是 否

若是，请列出家庭成员的姓名：_____

仅当您需要参保时，才回答以下问题：

26. 您的工作是否为您提供健康保险（包括其他人的工作，例如配偶的工作）？

是。若是，您需要填写附录 A，并连同本申请表一并提交。 否

27. 您目前是否已加入或已获得个人保险健康报销安排 (ICHRA) 或合格小型雇主健康报销安排 (QSEHRA)？

是。若是，您需要完成本申请表中的第 3 步 HRA 问题。 否

28. 您是否需要帮助来支付过去 3 个月的医疗费用？是 否

若是，具体是哪几个月？

29. 您是美国公民或美国国民吗？

是 否

30. 如果您是美国公民或国民，那么您是归化公民或衍生公民吗？是 否

若是，请提供以下任一信息。

入籍证

• 入籍证号码：_____

• 移民编号：_____

公民证：

• 公民证号码：_____

• 移民编号：_____

31. 如果您不是美国公民或美国国民，那么您是否具有符合资格的移民身份？

是。回答下面的问题 a-d。

a) 移民证件类型：_____

b) 证件编号：_____

c) 自 1996 年以来，您是否一直居住在美国？ 是 否

d) 您获得当前移民身份的时间是什么时候？（月/日/年）_____

32. 您是否有紧急医疗状况？ 是 否

33. 您是美国军方的退伍军人或现役军人吗？是 否

34. 您是西班牙裔、拉丁裔或西班牙籍吗？（可选）是 否

35. 种族 - （可选）

白人 美洲印第安人 菲律宾人 越南人 关岛人或查莫罗人
 黑人或非裔美国人 阿拉斯加原住民 日本人 其他亚洲人 萨摩亚人
 中国人 亚洲印度人 韩国人 夏威夷原住民 其他太平洋岛民

36. 如果您最近失去了某位家庭成员，您或许可以获得帮助来支付他/她的医疗费用。请向我们提供已故家庭成员的以下信息：

姓名：_____ 出生日期：_____

性别：男 女

此人是西班牙裔、拉丁裔或西班牙籍吗？（可选） 是 否

族（可选）：_____



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).

第 2 步 其他家庭成员

接下来，您需要向我们提供您其他家庭成员的信息（包括您家庭的所有成员，即使他们不希望参保）。这些成员包括配偶、子女以及其他居住在肯塔基州并计划留在肯塔基州的人，他们或包含在您的纳税申报单中（即使不与您同住），或与您同住但没有申报税款。如果您需要在本申请表中填写四人以上的信息，请随附包含其信息的附加页。

从您纳税家庭的成员开始。



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).

表格 KHBE-110

修订日期：2021 年 6 月

人员 2

1.名字、中间名首字母、姓氏、后缀（如您的社会保障卡所示）	2.与您的关系
3.社会保障号码 (SSN)	如果人员 2 希望参保并拥有 SSN，我们需要人员 2 提供 SSN。即使不申请健康保险，向我们提供 SSN 也有助于加快申请流程。
4. 如果人员 2 希望参保但未提供 SSN，请选择未提供的原因。	
<input type="checkbox"/> 宗教异议 <input type="checkbox"/> 已申请 SSN <input type="checkbox"/> 新生儿无 SSN <input type="checkbox"/> 没有资格获得 SSN	
<input type="checkbox"/> 没有 SSN，仅在正当的非工作理由的情况下，才可以获得 SSN <input type="checkbox"/> 拒绝提供 SSN	
<input type="checkbox"/> 我不打算申请保险，所以我不想提供	
5. 如果人员 2 需要申请健康保险，请勾选此处 <input type="checkbox"/> 并回答所有问题。如果人员 2 不需要申请健康保险，请不要回答第 12 至 20 个问题。	
6.出生日期（月/日/年）	7. 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
8. 人员 2 是否与责任方居住在同一地址？	
<input type="checkbox"/> 是。若是，请不要在下面填写地址。 <input type="checkbox"/> 否。若否，请在下面填写人员 2 的地址。	
9.家庭地址	10.邮寄地址（如与家庭地址不同，请填写）
11. 人员 2 计划明年提交联邦所得税申报表吗？ (个人不提交联邦所得税申报表，也可以申请健康保险。)	
<input type="checkbox"/> 是。若是，请回答问题 a-d。 <input type="checkbox"/> 否。若否，请跳至问题 d。	
a. 人员 2 的报税身份是什么？ <input type="checkbox"/> 已婚夫妇联合报税 <input type="checkbox"/> 已婚夫妇分开报税	
<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 户主	
b. 如果已婚，配偶的姓名是什么？ _____	
c. 人员 2 是否有纳税受抚养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若是，请列出受抚养人的姓名： _____	
d. 人员 2 是否在其他人的纳税申报单上被列为受抚养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若是，请列出纳税人的姓名： _____	
人员 2 与纳税人是什么关系？ _____	
12. 您是否是家庭中某位成员的父母/照顾者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若是，请列出家庭成员的姓名： _____	
13.人员 2 的工作是否提供健康保险（包括其他人的工作，例如父母或配偶的工作）？	
<input type="checkbox"/> 是。若是，您需要填写附录 A，并连同本申请表一并提交。 <input type="checkbox"/> 否	
14.人员 2 目前是否已加入或已获得个人保险健康报销安排 (ICHRA) 或合格小型雇主健康报销安排 (QSEHRA)？	
是。若是，您需要完成本申请表中的第 3 步 HRA 问题。 <input type="checkbox"/> 否	
15.人员 2 是否需要帮助来支付过去 3 个月的医疗费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若是，具体是哪几个月？ _____	



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).

人员 3

1.名字、中间名首字母、姓氏、后缀（如您的社会保障卡所示）	2.与您的关系
3.社会保障号码 (SSN)	如果人员 3 希望参保并拥有 SSN，我们需要人员 3 提供 SSN。即使不申请健康保险，向我们提供 SSN 也有助于加快申请流程。
4. 如果人员 3 希望参保但未提供 SSN，请选择未提供的原因。	
<input type="checkbox"/> 宗教异议	<input type="checkbox"/> 已申请 SSN
<input type="checkbox"/> 新生儿无 SSN	<input type="checkbox"/> 没有资格获得 SSN
<input type="checkbox"/> 没有 SSN，仅在在有正当的非工作理由的情况下，才可以获得 SSN	<input type="checkbox"/> 拒绝提供 SSN
<input type="checkbox"/> 我不打算申请保险，所以我不想提供	
5. 如果人员 3 需要申请健康保险，请勾选此处 <input type="checkbox"/> 并回答所有问题。如果人员 3 不需要申请健康保险，请不要回答第 12 至 20 个问题。	
6.出生日期（月/日/年）	7. 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
8. 人员 3 是否与责任方居住在同一地址？ <input type="checkbox"/> 是。若是，请不要在下面填写地址。 <input type="checkbox"/> 否。若否，请在下面填写人员 3 的地址。	
9.家庭地址	10.邮寄地址（如与家庭地址不同，请填写）
11. 人员 3 计划明年提交联邦所得税申报表吗？ (个人不提交联邦所得税申报表，也可以申请健康保险。)	
<input type="checkbox"/> 是。若是，请回答问题 a-d。 <input type="checkbox"/> 否。若否，请跳至问题 d。	
a. 人员 3 的报税身份是什么？ <input type="checkbox"/> 已婚夫妇联合报税 <input type="checkbox"/> 已婚夫妇分开报税 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 户主	
b. 如果已婚，配偶的姓名是什么？ _____	
c. 人员 3 是否有纳税受抚养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，请列出受抚养人的姓名： _____	
d. 人员 3 是否在其他人的纳税申报单上被列为受抚养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，请列出纳税人的姓名： _____ 人员 3 与纳税人是什么关系？ _____	
12. 您是否是家庭中某位成员的父母/照顾者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，请列出家庭成员的姓名： _____	
13. 人员 3 的工作是否提供健康保险（包括其他人的工作，例如父母或配偶的工作）？ <input type="checkbox"/> 是。若是，您需要填写附录 A，并连同本申请表一并提交。 <input type="checkbox"/> 否	
14. 人员 3 目前是否已加入或已获得个人保险健康报销安排 (ICHRA) 或合格小型雇主健康报销安排 (QSEHRA)？ <input type="checkbox"/> 是。若是，您需要完成本申请表中的第 3 步 HRA 问题。 <input type="checkbox"/> 否	
15. 您是否需要帮助来支付过去 3 个月的医疗费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，具体是哪几个月？ _____	



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).

人员 4

1.名字、中间名首字母、姓氏、后缀（如您的社会保障卡所示）	2.与您的关系
3.社会保障号码 (SSN)	如果人员 4 希望参保并拥有 SSN，我们需要人员 4 提供 SSN。即使不申请健康保险，向我们提供 SSN 也有助于加快申请流程。
4. 如果人员 4 希望参保但未提供 SSN，请选择未提供的原因。	
<input type="checkbox"/> 宗教异议 <input type="checkbox"/> 已申请 SSN <input type="checkbox"/> 新生儿无 SSN <input type="checkbox"/> 没有资格获得 SSN	
<input type="checkbox"/> 没有 SSN，仅在正当的非工作理由的情况下，才可以获得 SSN <input type="checkbox"/> 拒绝提供 SSN	
<input type="checkbox"/> 我不打算申请保险，所以我不想提供	
5. 如果人员 4 需要申请健康保险，请勾选此处 <input type="checkbox"/> 并回答所有问题。如果人员 4 不需要申请健康保险，请不要回答第 12 至 20 个问题。	
6.出生日期（月/日/年）	7. 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
8. 人员 4 是否与责任方居住在同一地址？ <input type="checkbox"/> 是。若是，请不要在下面填写地址。 <input type="checkbox"/> 否。若否，请在下面填写人员 4 的地址。	
9.家庭地址	10.邮寄地址（如与家庭地址不同，请填写）
11. 人员 4 计划明年提交联邦所得税申报表吗？ (个人不提交联邦所得税申报表，也可以申请健康保险。)	
<input type="checkbox"/> 是。若是，请回答问题 a-d。 <input type="checkbox"/> 否。若否，请跳至问题 d。	
a. 人员 4 的报税身份是什么？ <input type="checkbox"/> 已婚夫妇联合报税 <input type="checkbox"/> 已婚夫妇分开报税 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 户主	
b. 如果已婚，配偶的姓名是什么？	
c. 人员 4 是否有纳税受抚养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，请列出受抚养人的姓名：_____	
d. 人员 4 是否在其他人的纳税申报单上被列为受抚养人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，请列出纳税人的姓名：_____	
人员 4 与纳税人是什么关系？_____	
12. 您是否是家庭中某位成员的父母/照顾者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，请列出家庭成员的姓名：_____	
13. 人员 4 的工作是否提供健康保险（包括其他人的工作，例如父母或配偶的工作）？ <input type="checkbox"/> 是。若是，您需要填写附录 A，并连同本申请表一并提交。 <input type="checkbox"/> 否	
14. 人员 4 目前是否已加入或已获得个人保险健康报销安排 (ICHRA) 或合格小型雇主健康报销安排 (QSEHRA)？ <input type="checkbox"/> 是。若是，您需要完成本申请表中的第 3 步 HRA 问题。 <input type="checkbox"/> 否	
15.人员 4 是否需要帮助来支付过去 3 个月的医疗费用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，具体是哪几个月？_____	



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).

<p>16. 人员 4 是美国公民或美国国民吗？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>17. 如果是美国公民或国民，那么人员 4 是归化公民或衍生公民吗？<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</p> <p>若是，请提供以下任一信息。</p> <p><input type="checkbox"/> 入籍证</p> <ul style="list-style-type: none"> • 入籍证号码：_____ • 移民编号：_____ <p><input type="checkbox"/> 公民证：_____</p> <ul style="list-style-type: none"> • 公民证号码：_____ • 移民编号：_____ 															
<p>18. 如果人员 4 不是美国公民或美国国民，那么是否具有符合资格的移民身份？</p> <p><input type="checkbox"/> 是。回答下面的问题 a-d。</p> <p>a) 移民证件类型：_____</p> <p>b) 证件编号：_____</p> <p>c) 自 1996 年以来，人员 4 是否一直居住在美国？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>d) 您获得当前移民身份的日期是什么时候？（月/日/年）_____</p>																
<p>19. 人员 4 是否有紧急医疗状况？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>																
<p>20. 人员 4 是美国军方的退伍军人或现役军人吗？<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>																
<p>21. 人员 4 是西班牙裔、拉丁裔或西班牙籍吗？（可选）<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>																
<p>22. 种族 - （可选）</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 白人</td> <td><input type="checkbox"/> 美洲印第安人</td> <td><input type="checkbox"/> 菲律宾人</td> <td><input type="checkbox"/> 越南人</td> <td><input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人</td> <td><input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民</td> <td><input type="checkbox"/> 日本人</td> <td><input type="checkbox"/> 其他亚洲人</td> <td><input type="checkbox"/> 萨摩亚人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 中国人</td> <td><input type="checkbox"/> 亚洲印度人</td> <td><input type="checkbox"/> 韩国人</td> <td><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民</td> <td><input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人	<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"/> 黑人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民	<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"/> 亚洲印度人	<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"/> 白人	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人	<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"/> 黑人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民	<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"/> 亚洲印度人	<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												



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).

第 3 步 其他问题

如果不止一个人对以下问题的回答为是，请使用附加页向我们提供详细信息。

1. 本申请表上申请健康保险的人员中是否有人**目前在监狱或看守所服刑**或者过去三个月内被释放？

是。若是，请回答问题 a-d。 否。若否，请转到问题 2。

a. 是谁？_____

b. 此人何时入狱？（月/日/年）_____

c. 此人何时出狱？（月/日/年）_____

d. 此人目前正在等待指控的判决吗？ 是 否

2. 过去三个月，您是否**结束过妊娠**（分娩或流产），或者您目前是否**怀有身孕**？

是。若是，请回答问题 a-d。 否。若否，请转到问题 3。

a. 是谁？_____

b. 预产期或妊娠结束日期是什么时候？（月/日/年）_____

c. 此次怀孕预计会生几个孩子？_____

d. 此人是否愿意参加 WIC（为妇女、婴儿和儿童提供食物的计划）？是 否

3. 本申请表上是否有人是**美洲印第安人或阿拉斯加原住民**？

是。若是，请填写**附录 C**，并连同本申请表一并邮寄。 否若否，请转到问题 4。

4. 在本申请表上申请健康保险的人员中，是否有人在日常生活活动中（如洗澡、穿衣等）需要帮助，或者是否有人住在
医疗机构或养老院？

是。若是，是谁？_____ 否。若否，请转到问题 5。

5. 在本申请表上申请保险的人员中是否有**盲人或永久残疾人**？

是。若是，是谁？_____ 否。若否，请转到问题 6。

6. 您的家庭中是否有人正在申请本表格上的健康保险，并已参加**其他医疗保险**，包括 Medicaid 或 KCHIP 之外的
牙科和主要医疗保险？

是。若是，请回答问题 a-h。 否。若否，请转到问题 7。

a. 是谁？_____

b. 保险类型_____

c. 保单持有人姓名_____

d. 保险公司名称_____

e. 保险公司地址_____

f. 保单号码_____

g. 保险开始日期_____

h. 保险结束日期_____

7. 您家中是否有人当因为超龄而失去寄养安置资格后，仍在享受联邦医疗补助计划？是。若是，是谁？_____

他/她住在哪个州？_____ 他/她几岁？_____

否。若否，请转到**第 4 步**。



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).

表格 KHBE-110

修订日期：2021 年 6 月

员工和雇主信息

健康报销安排 (HRA) : 请向我们提供有关 HRA 的信息。

8. 员工姓名 (名字、中间名、姓氏)		
9. 雇主名称		10. 雇主识别号 (EIN)
11. 雇主地址		
12. 城市	13. 州	14. 邮政编码
15. 雇主联系人姓名		16. 雇主联系电话
17. 哪些人可以获得该雇主提供的 HRA ?		

- a. 该雇主目前是否为您的健康保险申请表上的任何人提供 HRA ?
- 是。若是, 请列出获得 HRA 的人员姓名 (如果以下每个人都获得了 ICHRA 或 QSEHRA 保险, 请勾选此框)
- 个人保险 HRA (ICHRA) 姓名: 合格小型雇主 HRA (QSEHRA) 姓名:
- 否。若否, 请转到 j.

18. 雇主为谁注册了 HRA ?

- b. 该雇主目前是否为您的健康保险申请表上的任何人提供 HRA ?
- 是。若是, 请列出获得 HRA 的人员姓名 (如果以下每个人都获得了 ICHRA 或 QSEHRA 保险, 请勾选此框)
- 个人保险 HRA (ICHRA) 姓名: 合格小型雇主 HRA (QSEHRA) 姓名:
- 否。若否, 请转到 j.

19. 告知我们该雇主提供的 HRA 的情况

- a. HRA 的起止日期是什么时候?
- i. HRA 的开始日期 (月/日/年) : _____
- ii. HRA 的结束日期 (月/日/年) : _____
- b. 该雇主提供的个人报销最高金额是多少? \$ _____
- c. 这笔报销金额的使用频率? 每周 每月两次 每月
- d. 如果您已经获得 ICHRA 但尚未注册,
- i. 您是否可以在 [当前日期起 60 天内] 使用 HRA ? 是 否
- ii. 如果符合费用补助资格, 您是否计划退出该 HRA ? 是 否



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).

第 4 步 收入和扣除额

如需添加两个以上工作，请填写在附加页上。

工作收入 1		1.这笔收入是谁赚取的？	2.此人的雇主是谁？
3.此人的总收入是多少（税前）？ \$		4. 获得收入的频率？ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月	
5. 自雇者 a. 工作类型 _____	b. 总收入 _____ c. 自雇支出 _____ d. 净收入（总收入减去支出） _____	e.获得收入的频率？ _____	

工作收入 2		6.这笔收入是谁赚取的？	7.此人的雇主是谁？
8.此人的总收入是多少（税前）？ \$		9. 获得收入的频率？ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每月	
10. 自雇者 a. 工作类型 _____	b. 总收入 _____ c. 自雇支出 _____ d. 净收入（总收入减去支出） _____	e.获得收入的频率？ _____	

11.其他收入：请向我们提供有关本申请表上的家庭成员可能获得的其他任何收入的信息。不包括子女抚养费、补充保障收入 (SSI)、退伍军人收入或工伤赔偿金。若无，则留空。

收入类型	谁获得了这些收入？	收入是多少？	获得收入的频率？
<input type="checkbox"/> 社会保障	_____	\$ _____	<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"/> 每季度
<input type="checkbox"/> 养老金	_____	\$ _____	<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"/> 每季度
<input type="checkbox"/> 利息或股息	_____	\$ _____	<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"/> 每季度
<input type="checkbox"/> 残障补助金	_____	\$ _____	<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"/> 每季度
<input type="checkbox"/> 失业金	_____	\$ _____	<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"/> 每季度
<input type="checkbox"/> 其他 _____	_____	\$ _____	<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"/> 每季度

12.家庭扣除额：请向我们提供您家庭成员支付的费用以及所得税申报表中可扣除费用的信息。向我们提供这些信息可以降低健康保险费用。若无，则留空。

扣除类型	是谁？	获得多少扣除额？	获得扣除额的频率？
<input type="checkbox"/> 已支付的赡养费	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月
<input type="checkbox"/> 学生贷款利息	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月
<input type="checkbox"/> 其他	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月



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).

13.家庭年收入：您在保险年度内的预计家庭年收入是多少（包括任何每月的变化、奖金、季节性收入等，不包括总扣除额）？

\$ _____

第 5 步 在本申请表上签名并注明日期

- 依据作伪证即受惩罚的规定，本人签署此申请表，表明我已尽我所知和所信，如实回答了本表格上的所有问题。我知道，如果我提供虚假和/或不真实的信息，依据联邦法律和/或州法律，我会受到处罚。
- 我知道，如果我在本申请表上所填写的内容发生任何变动，我必须在变动后的 30 天内告知 **kynect**。我可以访问 kynect.ky.gov 或致电 **1-855-4kynect (459-6328)** 报告任何变动。我了解，我的信息变更可能会影响我家庭成员的资格。
- 如果我认为 **kynect** 犯了错误，我可以对其决定提出上诉。上诉是指向 **kynect** 反映该决定有误，并要求对其进行公正的审查。我知道在此过程中我可以由自己以外的人代表。我的资格和其他重要信息将得到解释。
- 我知道，根据联邦法律规定，不得基于种族、肤色、国籍、性别、年龄、性取向、性别认同或残疾而歧视他人。我可以访问 www.hhs.gov/ocr/office/file 提出歧视投诉。
- 我了解 **kynect** 将使用美国国税局 (IRS)、社会保障局、国土安全部和/或其他任何可信来源的数据库信息来核对我的回答。如果信息不符，我可能会被要求提供证明。

未来几年的续保：为了便于确定我在未来几年是否有资格获得医疗保险费用补助，我同意让 **kynect** 使用收入数据，包括来自纳税申报表和其他可信数据源的信息。**kynect** 会向我发送通知，让我进行更改，并且我可以随时选择退出。

是的，自动延续我下一年度的资格：（单选）

5 年（最长允许期限） 4 年 3 年 2 年 1 年

请勿使用纳税申报表或其他数据源的信息来为我续保。

同意终止保险：如果我的申请表上的任何人加入了 **kynect**，但后来发现他们还参加了其他符合资格的健康保险（如 Medicare、Medicaid 或 KCHIP），**kynect** 将自动终止他们的 **kynect** 医疗计划和牙科保险。我明白，这将有助于确保任何被发现已有其他符合资格的保险的人不会继续参加 **kynect** 医疗和牙科保险，否则他们将不得不支付全额费用。是，我同意 否，我不同意

选民登记：如果我尚未登记投票或尚未在我目前的居住地登记，我可以选择在下方勾选“是”来登记投票。如果我勾选“是”，我将收到一份邮寄的选民登记申请表。在下方勾选“是”或“否”不会影响此申请的结果。

是，我想申请登记投票。申请表将邮寄给我。否，我不想登记投票。

如果本申请表上的任何人符合 Medicaid 或 KCHIP 资格：

- 我了解，如果通过联邦医疗补助计划支付医疗费用，任何其他健康保险或法律赔偿金都将转入该计划，以报销医疗费用。
- 我了解我的申请可能会被审核，以确保资格评定的正确性。如果我的申请被审核，我必须配合审核。
- 本申请表上列出的孩子是否有父母住在家外面？ 是 否
- 若是，我授予卫生和家服务部 (CHFS) 儿童抚养办公室强制孩子的缺席父母提供医疗支持的权利。如果我认为与儿童抚养办公室合作会对我或我的孩子造成伤害，我可以向 CHFS 反映，不必勉强合作。

签名

日期（月/日/年）



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).

表格 KHBE-110

修订日期：2021 年 6 月

kynect 资源需求评估

以下是额外的资源需求评估，该评估是自愿的，不会影响您的 Medicaid 福利。该评估有助于我们识别和了解您和您的家人可能有的可能影响您健康的其他需求，并将您与可能有帮助的社区资源/服务/计划（例如交通、公用事业、食品、儿童保育等）联系起来。您可以登录您在 <https://kynect.ky.gov/resources> 的 kynect 帐户或致电 2-1-1 参考社区资源/服务/计划来查看您的结果。

任何其他家庭成员都可以通过 <https://kynect.ky.gov/resources> 在线登录其 kynect 帐户或致电 2-1-1 来完成自己的个人需求评估。

圈出最能描述您的情况的字母：

1. 哪一项最能描述您的住房情况？

- a. 我没有稳定的住房。
- b. 我暂时与朋友或家人住在一起。
- c. 我目前没有支付租金/抵押贷款，并面临被驱逐的危险。
- d. 我正在支付租金/抵押贷款，但负担不起（超过收入的 30%）。
- e. 我目前正在利用租金/抵押贷款援助计划。
- f. 我支付租金/抵押贷款毫无困难。

2. 哪一项最能描述您的住房公用设施（水、电、暖气）情况？

- a. 我没有住房/没有住房所需的公用设施。
- b. 我的公用事业服务经常因为不付款而被切断。
- c. 我使用帮助支付公用事业费用的计划。
- d. 我在支付公用事业费用方面遇到困难，但我基本上能够支付。
- e. 我可以支付公用事业费用，这样它们就不会被关闭。

3. 哪一项最能描述您目前的就业状况？

- a. 没工作。
- b. 我的临时、季节性或兼职工作无法满足我的需求；我需要更多的就业机会。
- c. 全职工作，没有任何福利或福利不能满足我的需求。

(注意：福利可能包括医疗、牙科和视力保险以及退休套餐)



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).

肯塔基州联邦健康与家庭服务内阁
社区服务部

- d. 我有临时的、季节性的或兼职的工作来满足我的需求；我不需要更多的就业机会。
- e. 全职工作，福利可满足我的需求。

4. 哪一项最能描述您的收入状况？

- a. 没有收入。
- b. 我的收入不稳定。
- c. 我的收入不足以满足我的需求。
- d. 在援助计划的帮助下，我可以满足我的基本需求。
- e. 我可以在没有援助的情况下满足我的基本需求。
- f. 我的收入满足我的需求，管理良好，而且我可以储蓄。

5. 哪一项最能描述您的饮食状况？

- a. 我无法获得食物。
- b. 我可以获得食物，但没有空间或时间准备饭菜。
- c. 我的家庭接受食品援助，例如 SNAP（食品券）或其他食品援助。
- d. 我可以满足基本的食物需求，但我偶尔需要帮助，例如食品银行。
- e. 我无需帮助即可满足基本食物需求。
- f. 我可以选择购买我家人想要的任何食物。

6. 哪一项最能描述您的育儿情况？

- a. 我需要儿童保育服务，但目前我无力承担儿童保育费用。
- b. 我负担得起儿童保育费用，但儿童保育选项不可靠或无法获得。
- c. 儿童保育由私人朋友或家庭成员提供。
- d. 我可以选择我所选择的优质儿童保育服务。
- e. 我目前不需要儿童保育服务。

7. 哪一项最能描述您的教育水平？

- a. 我没有高中文凭/GED，或者需要阅读和写作方面的帮助。
- b. 我有高中文凭/GED，但有语言方面的障碍。
- c. 我有高中文凭/GED，但我需要额外的教育/培训来改善我的工作状况。
- d. 我已完成就业所需的教育/培训。
- e. 我目前在高中或教育/培训机构学习。



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).

8.哪一项最能描述您的医疗保健承保情况？

- a. 我没有医疗保险，需要尽快获得保险。
- b. 我没有医疗保险，也不需要立即购买保险。
- c. 我的一些家庭成员（例如孩子）有医疗保险，但我希望获得帮助了解如何使用它。
- d. 我的一些家庭成员（例如孩子）有医疗保险，并且我们了解如何使用它。
- e. 我家庭的所有成员都享有负担得起的健康保险，但我希望帮助了解如何使用它。
- f. 我家庭的所有成员都享有负担得起的健康保险，并且我们了解如何使用它。

9. 哪一项最能描述您的交通状况？

- a. 我没有任何交通工具。
- b. 我有一辆车，但无法驾驶，或者它不可靠。
- c. 我使用公共交通工具或自行车，但不方便或受到限制。
- d. 我不需要交通方面的帮助。

10.您是否需要与心理健康相关的资源？

- a. 是，我需要心理健康方面的帮助。
- b. 否——我不需要约心理健康方面的帮助。

11.您是否需要与药物使用相关的资源？

- a. 是，我需要药物使用方面的资源。
- b. 否，我不需要药物使用方面的资源。

12.您是否需要与家庭暴力相关的资源？

- a. 是，我需要家庭暴力方面的资源。
- b. 否，我不需要家庭暴力方面的资源。

13.哪一项最能描述您照顾老年人和/或残疾人的情况？

- a. 我本人或因年龄或残疾而由我照顾的人迫切需要帮助。
- b. 我或我照顾的人可能因年龄或残疾而需要护理方面的援助。
- c. 我不需要照顾老人/残疾人方面的帮助。



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).

14. 哪一项最能描述您孩子的学校经历？

- a. 我有一名或多名未入学的学龄孩子。
- b. 我的一个或多个孩子已入学，但只上学一段时间。
- c. 我的一个或多个孩子已注册入学，且大部分或全部时间都在上课。
- d. 我没有学龄孩子。

15. 哪一项最能描述您满足日常基本需求的能力？

- a. 我没有能力满足食物、衣服或定期洗澡场所等基本需求。
- b. 我可以满足一些但不是全部的基本需求。
- c. 我能够满足大部分但不是全部的基本需求。
- d. 我每天都能满足所有基本需求。

16. 哪一项最能描述您的社交关系和友谊？

- a. 我很孤立和/或我不想与人交往。
- b. 我想更多地参与家庭或团体，但需要更多信息或支持。
- c. 我有强大的家庭/社会支持和/或我积极参与社区或支持小组。

17. 哪一项最能描述您对法律支持的需求？

- a. 我有未执行的搜查令或有待处理的指控。
- b. 我完全遵守缓刑或假释条款。
- c. 我没有重罪犯罪记录，或者在超过 12 个月内没有涉及刑事司法。

18. 哪一项最能描述您的育儿技能？

- a. 我需要资源来提高我的育儿技能。
- b. 我的育儿技能足够或发展良好。
- c. 我没有孩子。

