



健康保险 和医疗费用补助

单人申请表

须知事项

使用本申请表查看您
有资格选择哪些保险

- 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

本申请表适合哪些
人?

- 符合以下条件的单身人士:
- 现居住在肯塔基州并计划留在肯塔基州
 - 没有任何受抚养人, 也不会其他人的纳税申报单上被列为受抚养人

在线上更快地申请

访问 www.kynect.ky.gov 在线上更快地申请。

申请所需信息

- 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)

我们为什么要求提供
这些信息?

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。

接下来会发生什么?

- 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
肯塔基州法兰克福特, 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。
- **En Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- 如需 TTY 服务, 请拨打 **1-855-459-6328**



健康保险和医疗费用补助

单人申请表

第 1 步 告知我们您的个人信息

(如果有其他人帮助您填写此申请表, 请使用附录 B 向我们提供此人的信息。)

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)

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. 出生日期 (月/日/年)

5. 性别

男 女

6. 您是否居住在肯塔基州并计划留在肯塔基州?

是 否

7. 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。

8. 城市

9. 州

10. 邮政编码

11. 郡

12. 邮寄地址 (仅当与家庭地址不同时, 才填写)

13. 城市

14. 州

15. 邮政编码

16. 郡

17. 主要电话号码

家庭电话 工作电话 手机号码

18. 次要电话号码

家庭电话 工作电话 手机号码

19. 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。

20. 首选口头语言 (如不是英语)

21. 首选书面语言 (如不是英语)

22. kynect 会将 1095-A 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)。如果您在本年度享受过联邦医疗补助计划保险, 则可以通过访问 www.kynect.ky.gov 或联系 DCBS, 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:

23. 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-c。 否

a. 预产期或妊娠结束日期是什么时候? (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-111

修订日期: 2021 年 6 月

2 共 5 页

b. 此次怀孕预计会生几个孩子？ _____

c. 您是否愿意参加为妇女、婴儿和儿童提供食物的计划 (WIC)？ 是 否

24. 您的工作是否为您提供健康保险（包括其他人的工作，例如父母的工作）？

是。若是，您需要填写附录 A，并连同本申请表一并提交。 否

25. 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 4 步。 否

26. 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？

27. 您计划明年提交联邦所得税申报表吗？

(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 和 b。 否。若否，请转到问题 b。

a. 您是否会以无受抚养人的单身身份申报？ 是 否

若否，请停止使用此表格。使用“健康保险和医疗费用补助多人申请表”来添加您的纳税受抚养人（即使您不想为他们申请健康保险。）

b. 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，请停止使用此表格。您需要和在纳税申报单上将您列为受抚养人的人一起申请保险（即使此人并不希望参保）。

28. 您是美国公民或美国国民吗？

是 否

29. 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： _____

30. 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日期是什么时候？（月/日/年）

31. 您是否有紧急医疗状况？ 是 否

32. 您是美国军方的退伍军人或现役军人吗？ 是 否

33. 您是西班牙裔、拉丁裔或西班牙籍吗？（可选） 是 否

34. 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



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).

35. 您是美国印第安人或阿拉斯加原住民吗？

是。若是，请填写附录 C，并连同本申请表一并邮寄。 否

36. 您目前是否在监狱或看守所服刑，或者过去三个月内是否被释放？

是。若是，请回答问题 a-c。 否

a. 您何时入狱？（月/日/年） _____

b. 您何时出狱？（月/日/年） _____

c. 您目前正在等待指控的判决吗？ 是 否

37. 您在日常生活活动（如洗澡、穿衣等）中是否需要帮助，或者您是否住在医疗机构或养老院？

是 否

38. 您是否失明或永久残疾？ 是 否

39. 当您因为超龄而失去寄养安置资格后，您是否仍在享受联邦医疗补助计划？ 是 否

若是，您那时居住在哪个州？ _____ 您那时几岁？ _____

40. 如果您代表最近去世的人填写本申请表，请填写死者的死亡日期： _____



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

目前的工作和收入信息

如需添加两个以上工作，请填写在附加页上。

工作收入 1	1. 您的雇主是谁？
--------	------------

2. 您的总收入是多少（税前）？

\$

3. 获得收入的频率？每周 每月两次
每两周 每月

4. 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

5. 您的雇主是谁？

6. 您的总收入是多少（税前）？

\$

7. 获得收入的频率？每周 每月两次
每两周 每月

8. 自雇者

a. 工作类型

总收入 _____

自雇支出 _____

净收入（总收入减去支出） _____

e. 获得收入的频率？

9. **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

10. **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	谁获得了扣除额？	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

11. **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）？

\$



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-111

修订日期：2021 年 6 月

5 共 5 页

第 3 步 其他医疗保险

您现在是否有健康保险，包括 Medicaid 或 KCHIP 之外的牙科和主要医疗保险？

是。若是，请填写以下信息。

否。

保险类型_____

保单号_____

保单持有人姓名_____

保险开始日期_____

保险公司名称_____

保险结束日期_____

保险公司地址_____

第 4 步 健康报销安排 (HRA)

员工和雇主信息

1. 员工姓名 (名字、中间名、姓氏)			
2. 雇主名称		3. 雇主识别号 (EIN)	
4. 雇主地址			
5. 城市	6. 州	7. 邮政编码	
8. 雇主联系人姓名		9. 雇主联系电话	
告知我们该雇主提供的 HRA 的情况			
10. 这是什么类型的 HRA ? <input type="checkbox"/> 个人保险 HRA (ICHRA) <input type="checkbox"/> 合格小型雇主 HRA (QSEHRA)			
11. HRA 的起止日期是什么时候？			
a. HRA 的开始日期 (月/日/年) : _____			
b. HRA 的结束日期 (月/日/年) : _____			
12. 该雇主提供的个人报销最高金额是多少？\$ _____			
13. 这笔报销金额的使用频率？ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月			
14. 如果您已经获得 ICHRA 但尚未注册，			
a. 您是否可以在 [当前日期起 60 天内] 使用 HRA ? <input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否			
b. 如果符合费用补助资格，您是否计划退出该 HRA ? <input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 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 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，依据联邦法律我会受到处罚。
- 我知道，如果我在本申请表中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。
- 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/或任何其他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健康保险费用补助，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，自动续延我下一年度的资格：（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：如果我加入了 **kynect**，但后来发现我还参加了其他符合资格的健康保险（如 Medicare、Medicaid 或 KCHIP），**kynect** 将自动终止我的 **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。

如果我符合联邦医疗补助计划的资格：

- 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。

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).

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。

