

其他健康保险范围的不合格声明

使用此表格，兹证明您或您的未成年子女不具有其他最低必需保险范围的资格。最低必需保险范围是指，一个人在必须满足《平价医疗法案》个人要求时所需的健康保险。这包括个人市场策略、基于工作的保险范围、Washington Apple Health (Medicaid)、儿童健康保险计划 (CHIP) 和 TRICARE、退伍军人管理局 (VA) 医疗保险，以及涵盖必需医疗利益的 Peace Corps 保险范围。

申请人 ID (自愿填写)	社会安全号码	今日日期 (月/日/年)
---------------	--------	--------------

申请人/未成年子女信息

名	中间名缩写	姓
出生日期 (月/日/年)	日间联系电话	电子邮件地址

此表格兹证明，_____ (您或您的未成年子女的印刷体名称) 通过 *Washington Healthplanfinder* 提交健康保险申请时，根据国内收入署免税代码第 36B(c)(2)(B) 和 (C) 条，不具有以下健康保险范围的资格：

- 基于工作的保险范围 Washington Apple Health (Medicaid) 儿童健康保险计划
 TRICARE 退伍军人管理局医疗保险 Peace Corps Medicare

请阅读并签署此表格

本人确认并特此郑重声明：我在此 *Healthplanfinder* 健康保险声明书所提供的信息属实、正确，否则愿受伪证罪处罚。如果存在任何虚假陈述的信息或假报情况，可取消本人的投保资格。

申请人签名 X	签名日期 (月/日/年)
父母/法定监护人签名 (如有) X	签名日期 (月/日/年)
父母/法定监护人的姓名 (请工整书写)	

勾选此方框，即表示本人确认本人是此表格上所列之未成年子女的父母或法定监护人并代表他们签名。

将表格提交到：

将填写完毕的表格上载到 *Washington Healthplanfinder* 帐户或邮寄到：

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, WA 98507-1757

Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 還遵守適用的州法律，且不會因信仰、性別、性別表達或身份、性取向、婚姻狀況、宗教、榮譽退伍軍人或軍人身份，或殘疾人使用受訓的導盲犬或服務動物而歧視任何人。

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority :

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
 - 合格的翻譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡 1-855-923-4633

如果您認為 Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 未能提供這類服務或通過其他方式歧視您，您可以進行投訴：

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator 提交投訴 郵寄地址為 PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 電話號碼為 1-855-859-2512 傳真為 360-841-7653 電子信箱為 appeals@wahbexchange.org	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer 提交投訴 郵寄地址為 PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 電話號碼為 1-855-682-0787 傳真為 Fax: 360-586-9551 電子信箱為 compliance@hca.wa.gov
--	--

您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助，Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services 可以幫助您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal

以電子方式投訴：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201
1-800-368-1019，800-537-7697 (TDD)（聾人用電信設備）

登入 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 可獲得投訴表格。

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).