

2018 年新客户申请奥巴马健保客户信息表

(请细读填表须知用黑色笔填写后传真到: 888-906-1618 李备博士电: 859-982-9468 手机: 859-553-0757 微信号: xsimplr)

(下框为李博士记录用)

家址街号名: _____ 州名缩写: _____ 邮编: _____

城市: _____ County/郡: _____ 申请人签字: _____

手机号码: 主号: _____ 次号: _____ 签字日期: _____

电子邮箱: _____ 申请费约定: **\$0 \$80 \$100 \$125 \$150**

雇主单位名: _____ 雇主电话: _____

heathcare.gov网已开户? _____ 要买牙保吗? _____ 申请人/配偶的雇主是否提供医保计划? _____

收到: _____ 开户: _____ 完成: _____

每月保费自动付? **Y N**

需寄材料: 收入/身份/社安号/其它

医保计划: _____

Ded/OOPM: _____

Copay/Coins: _____

保险价: _____ APTC: _____ 自付: _____

App ID: _____

家庭成员	名字: 写法与空格位置务必与社安卡一致	关系	生日 月/日/年	是否 抽烟	现有保险	社安号 SSN# 123-45-6789	移民证件信息: 公民纸、绿卡、工作 许可证 A5, A10, C8, I797, 移民签证等	年薪水 收入 W2	房产出租 年盈利	公司 K1, SchC 或 1099-misc 年收入
例子	Pinghong Li	丈夫	02/18/1967	是	Anthem		请用 Signal 手机短信软件传送各成员的社安卡正面和移民证件正反面照片, 由李博士填写此框信息。	15,000	1,250	25,600
申请人										
家属 1										
家属 2										
家属 3										
家属 4										
家属 5										

银行户头-付首月保费或设每月自动付 户主名: _____ 银行代码(9 位): _____ 户头号码: _____

信用卡-付申请费或付首月保费 卡号: _____ 持卡者名: _____ 失效日期: _____ 安全码: _____ 卡地址邮编: _____

多数医保申请是免服务费的, 少数申请因计划不代理或代理费特低, 需收服务费 \$80-150, 不愿付费的请打医保交易所电话 800-318-2596 享受免费申请。

请申请人必须在表格上签字授权李备博士 (Beibei Allen) 代理申请奥巴马计划, 并同意用上述信用卡(加 3.5%的刷卡费)或邮寄支票支付约定的申请服务费 (不可退)。该服务费只保证奥巴马医保的成功申请, 不保证携带申请的 Medicaid 或儿童免费医保的申请成功。申请服务费不涵盖申请完成以后的其它服务, 如查网络内医生、给保险公司打电话付款、医疗账单问题处理、上载补充材料/下载 1095A, 或修改申请换计划等, 这些服务视情况酌情收费或免费。

填表须知: 1. 我们会按联邦 ACA 及 HIPAA 规定, 全力保护您所有的身份和健康信息, 只会在您授意后用这些信息服务于您在申请医保、税务咨询及其它保险方面的需要, 我们不会将这些重要信息透露给第三方。2. 请填写家中所有成员的名字与生日, 已有 Medicare、Medicaid 或 CHIP 计划或不申请医保的家庭成员不必提供社安卡及移民身份, 双线框内由李博士填写。关系栏请写丈夫或父亲/妻子或母亲/儿子/女儿/继子或继女等。3. 家庭收入参考 16 或 17 年来预估 18 年, 夫妻俩的工资收入(W2)、餐馆盈利、出租房收益要分别列出, 子女的收入也要注明。4. 家中若有人残疾、怀孕、在监狱里、住在中国、已结婚子女、需用特别药或身体状况不佳需常看医生的, 请电话说明或加注在空白处以利我们为您选择合适的计划。5. 申请人与配偶的雇主若不同, 请分别写明雇主单位名、地址及电话。

警告: 此表版权属李备博士所有, 您可以复印给员工或朋友, 仅向我处递交申请。非经李博士授权, 不可使用此表向其他代理人或机构递交申请或做它用。不需要此表的请销毁它。

申请步骤及事项

1. 将申请表和“申请步骤及事项”复印多份供自己或其他客户使用。
2. 请您下载手机软件“Signal”，这是一个信息安全保密性能最好的短信发送应用软件，可以直接安全发送证件等重要文件。另外请您下载中文的“扫描全能王”或英文名“CamScanner”手机照相软件，用它照证件或文件可以直接切除图片四边多余杂像。多个小证件可放在一起照：社安卡正面，绿卡或劳工许可卡照正、反面；公民纸正面请单独照。付款用的信用卡正反面或支票也可照相后一并传送。请您一定使用“扫描全能王”软件照医保申请所需文件，并使用“Signal”短信软件直接发送到我手机 859-553-0757。图片四边有多余杂像的概不采用，谢谢配合！我们会严格保护您的资料安全，绝不作它用。**老客户以前传送过证件到我处，现无需更新的，请不要重新传送。**
3. 必须填写表格双线框之外的所有信息。建议您缴付首月保费以免保险计划因未及时缴费而取消，申请时可免费帮您交付，过后请自理。请填写表格下面的信用卡信息或银行户头信息（或照作废支票），您的户头信息受严格保护的，只有在您授权下为您付费而用。
4. **请您务必在 11 月 1 日之前将此表传真（888-906-1618）或用 Signal 软件传到李博士手机 859-553-0757**，传送两日之内未收到李博士电话的，请来电查询传送是否成功。已在别处申请过奥巴马健保并在医保交易网 www.healthcare.gov 有户头的，最好提供用户名及密码。
5. 李博士会在**选购期 11 月 1 日到 12 月 15 日**之间打电话给您选计划，由于选购期缩短一半，时间特别宝贵，两次电话无人接听，您的申请将搁置暂不处理。选购期间恕不能接听所有电话或留言，不再提供免费咨询或查价，每次查价收费\$20（人民币 135 元），在我处代理申请后查价费可计入申请服务费。请加微信号 xsimplr 提前用微信红包支付询价费，**并在微信里写明全家成员年龄、是否抽烟、家庭年收入、邮编、county 名、电话号码**，收到费用及以上信息，李博士会打电话或在微信里留言报价。

**选购期时间珍贵，请您细读以上填表须知及申请事项，请不要随便打电话来询问！
请在 11 月 1 日之前递交申请表，选购期恕不提供咨询！**