

2019 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 李备备博士办电: 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: _____ \$

雇主单位名称: _____ 雇主电话: _____

healthcare.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, 由李博士填写移民信息。	15,000	1,250	25,600
申请人										
家属 1										
家属 2										
家属 3										
家属 4										
家属 5										

银行账户-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号卡及移民身份。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 17 或 18 年来预估 19 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称、地址及电话。

警告: 此表版权属李备备博士所有, 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。