



**Trợ Giúp Y Tế (Medicaid)
Đơn Xin Hội Đủ Điều Kiện về Tài Chánh cho
Việc Chăm Sóc Dài Hạn, Hỗ Trợ và Các Dịch Vụ**

Quý vị cũng có thể làm đơn xin trên mạng tại www.compass.state.pa.us

Kiểm tra lại bất cứ những điều mà quý vị hiện đang làm đơn xin:

- ★ Chăm sóc tại một Cơ Sở
- ★ Các Dịch Vụ Miễn Trừ Tại Gia và Cộng Đồng Loại/Tên Miễn Trừ/Dịch Vụ: _____
- ★ Điều khác _____

* *Xin đọc toàn bộ đơn xin*

* *Viết tên chữ in thông tin theo yêu cầu vào các phần không được làm mờ*

* *Nếu quý vị cần giúp đỡ, một người khác có thể giúp cho quý vị hoặc quý vị có thể xin giúp đỡ từ văn phòng trợ giúp quận của mình*

Quý vị hoặc bất cứ đại diện nào mà mình chọn có thể điền vào đơn xin này. Đại diện của quý vị có thể là người phối ngẫu, một người bạn, một người bà con, một người có quyền đại diện của quý vị hoặc nhân viên cung cấp dịch vụ y tế của quý vị. Cần phải là người biết rõ và có thể cung cấp thông tin về lợi tức và các nguồn tài nguyên của quý vị. Nếu quý vị đã lập gia đình, thông tin ở một số phần cần phải được điền vào bởi cả quý vị lẫn người phối ngẫu của quý vị.

Sau khi mẫu điền xong, đem nó, hoặc nhờ người khác đem nó, hoặc gửi nó đến văn phòng trợ giúp quận trừ khi quý vị được chỉ dẫn khác đi. Văn phòng trợ giúp quận sẽ cho quý vị biết là có cần phỏng vấn tận mặt hay không. Quý vị sẽ cần bằng chứng về nhân dạng và giấy xác nhận thông tin khác trên mẫu trừ khi quý vị đã có thông tin trong hồ sơ của chúng

tôi. Nếu quý vị cần giúp đỡ lấy bất cứ thông tin nào hãy yêu cầu văn phòng trợ giúp quận giúp đỡ. Quý vị cần đính kèm giấy xác nhận vào mẫu này.

Những người đã hiến tặng tài sản (lợi tức hoặc các nguồn tài nguyên) trong 60 tháng qua, hoặc đã xếp đặt hoặc chuyển tài sản sang một quỹ tín thác trong 60 tháng qua trước khi làm đơn xin Trợ Giúp Y Tế để được chăm sóc dài hạn, hỗ trợ và các dịch vụ có thể không hội đủ điều kiện cho các quyền lợi này. Vì đòi hỏi này, quý vị có thể cần phải cung cấp giấy xác nhận các tài sản đã sở hữu trong 60 tháng qua mặc dù quý vị không còn sở hữu các tài sản này. Chúng tôi sẽ dùng Sổ An Sinh Xã Hội của quý vị để lấy thông tin về tài sản của quý vị cho 60 tháng trước khi quý vị làm đơn xin.

Nếu thông tin đầy đủ và quý vị đã cung cấp sự xác nhận cần thiết (cùng với mẫu này, nếu có thể được), văn phòng trợ giúp quận sẽ thông báo cho quý vị trong vòng 30 ngày sau khi nhận được đơn xin nếu quý vị hội đủ điều kiện, không hội đủ điều kiện hoặc nếu cần thêm thông tin.

PROVIDER USE			
NAME		NUMBER	
ADDRESS		NUMBER	
DATE OF ADMISSION	DATE OF OPTIONS ASSESSMENT	REQUESTED EFFECTIVE DATE	
CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER/ADDRESS			

CAO USE				
CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.
WORKER I.D.			CASELOAD	
★ AUTHORIZED REASON				CATEGORY
★ NOT AUTHORIZED REASON				DATE

XIN ĐIỀN VÀO THÔNG TIN SAU ĐÂY CHO NGƯỜI YÊU CẦU CÁC QUYỀN LỢI VỀ TRỢ GIÚP Y TẾ

HỌ	TÊN	CHỮ VIẾT TẮT TÊN LÓT	(JR., SR., TÔI, V.V...)
ĐỊA CHỈ HIỆN TẠI (NẾU TẠI MỘT CƠ SỞ, DÙNG ĐỊA CHỈ CỦA CƠ SỞ ĐÓ)	THÀNH PHỐ	Tiểu bang	SỐ ZIP + 4
NGÀY DỌN TỚI ĐỊA CHỈ NÀY	THỊ TRẤN	HỌC KHU	SỐ VÙNG VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI
ĐỊA CHỈ TRƯỚC KIA, (NẾU CẦN MỘT CƠ SỞ, CHO BIẾT ĐỊA CHỈ NHÀ CỦA QUÝ VỊ. NẾU QUÝ VỊ ĐÃ LẬP GIA ĐÌNH, CHO BIẾT ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI PHỐI NGẦU.)			SỐ VÙNG VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI

Quý vị có muốn một thông dịch viên không? Có Không

Nếu có, ngôn ngữ gì? _____

Quý vị có cần được thông báo bằng tiếng Tây Ban Nha không? Có Không

Có bao giờ quý vị làm đơn xin hoặc nhận tiền mặt hoặc các quyền lợi về y tế hoặc đã từng tham gia vào Chương Trình Trợ Giúp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), trước kia được gọi là tem phiếu thực phẩm, tại một quận khác ở Pennsylvania hoặc ở một tiểu bang khác hay không?

Có Không

Nếu có, Tiểu Bang nào? _____

Quận nào? _____

Bao lâu? _____

Số Hồ Sơ _____

Có bao giờ quý vị làm đơn xin hoặc nhận các quyền lợi qua việc dùng một Số An Sinh Xã Hội khác hay không? Có Không

Nếu có, số đó là gì? _____

Quý vị trước đây có từng sống tại một cơ sở điều dưỡng hay không? Có Không

Nếu có, phải cho biết tên: _____

Địa chỉ: _____

Ngày: _____

1 Điền vào tất cả thông tin trong phần này cho bản thân, người phối ngẫu của quý vị nếu quý vị đã lập gia đình, và bất cứ con cái hoặc anh chị em thuộc quyền nào. *Đính kèm thêm một tờ giấy nếu quý vị có thêm những người thuộc quyền.

QUAN HỆ	HỌ	TÊN	TÊN LỚT	JR/SR	BIỆT DANH/TÊN KHI CHƯA LẬP GIA ĐÌNH ĐÌNH	NGÀY SINH	GIỚI TÍNH	*CHUNG TỘC	SỐ AN SINH XÃ HỘI
BẢN THÂN									
NGƯỜI PHỐI NGÃU									
NGƯỜI THUỘC QUYỀN									

*Về Phần Chung Tộc: Các quyền lợi của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không muốn trả lời. Xin dùng một trong các mã số sau đây: 1. Người da đen 2. Người Gốc Tây Ban Nha 3. Người Da Đỏ Bắc Mỹ hoặc Người Bản Xứ Alaska 4. Người Á Châu hoặc Người Đảo Thái Bình Dương 5. Người Da Trắng (Không Phải Gốc Tây Ban Nha) 6. Người khác

2 Xin trả lời và ký tên:

Có phải quý vị là Công Dân Hoa Kỳ không? Có Không Nếu Không, đánh dấu vào một: Thường Trú Nhân Người Cư Trú Tạm Thời
 Người tị nạn Người Ngoại Quốc Bất Hợp Pháp

Người Ngoại Quốc #: _____ Quốc Gia Gốc: _____ Ngày vào Nước: _____

Ký tên để công bố về quyền công dân hoặc tình trạng người ngoại quốc của quý vị như đã đánh dấu ở trên:

Chữ ký

Ngày

Tên và địa chỉ của người bảo trợ nếu quý vị có một người: _____

3 Tình Trạng Hôn Phối

Xin đánh dấu vào một: Lập gia đình Độc thân Góa bụa Ly dị Ly thân

Nếu quý vị đánh dấu vào góa bụa, cho biết ngày qua đời của người phối ngẫu? _____ Tên: _____

Nếu quý vị đánh dấu vào ly thân, cho biết ngày ly thân? _____ Xin điền vào mục #1 ở trên cho người phối ngẫu.

4 Tình Trạng Quân Sự

Tên Cựu Quân Nhân _____

Xin đánh dấu vào một: Cựu quân nhân Đang Tại Ngủ Vệ Binh Quốc Gia Quân Nhân Trừ Bị

Người Góa Bụa/Người Phối Ngẫu hoặc Con Cái Thuộc Quyền của một Cựu Quân Nhân

Binh Chung _____ Ngày Nhập Ngủ _____ Ngày Ra Đi _____ Số Đơn Đòi _____

5**ĐĂNG KÝ CỬ TRI (TÙY Ý)**

Nếu quý vị chưa đăng ký bầu cử ở nơi quý vị đang sống hiện tại, quý vị có muốn nộp đơn xin đăng ký bầu cử tại đây ngay hôm nay? Có Không
NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀO, QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC XEM LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BẦU CỬ LÚC NÀY.

Để đăng ký quý vị phải: 1) Ít nhất là 18 tuổi vào ngày bầu cử kế tiếp; 2) Là công dân Hoa Kỳ được ít nhất là một tháng TRƯỚC KỲ BẦU CỬ KẾ TIẾP; 3) Cư ngụ tại Pennsylvania và khu vực bỏ phiếu ít nhất là 30 ngày trước kỳ bầu cử kế tiếp.

Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà quý vị sẽ được cung cấp bởi cơ quan này.

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ điền mẫu đơn xin đăng ký bầu cử, chúng tôi sẽ giúp cho quý vị. Quyết định muốn tìm hoặc chấp nhận sự giúp đỡ là ở nơi quý vị. Quý vị có thể điền vào mẫu đơn và được giữ kín. Xin vui lòng liên lạc với văn phòng hỗ trợ quận nếu quý vị muốn được giúp đỡ. Nếu quý vị tin rằng một người nào đó can thiệp vào quyền bầu cử hoặc từ chối đăng ký bầu cử, quyền riêng tư của quý vị khi quyết định đăng ký hoặc không đăng ký bầu cử, hoặc quyền lựa chọn đảng chính trị hoặc sở thích chính trị khác của quý vị thì quý vị có thể đệ đơn khiếu nại tới Tổng Thư ký Commonwealth, Bộ Quốc vụ Tiểu bang PA, Harrisburg, PA 17120. (Số điện thoại miễn cước 1-877-VOTESPA).

NHÂN VIÊN VĂN PHÒNG HỖ TRỢ QUẬN SẼ ĐIỀN VÀO Ô NÀY DỰA TRÊN PHẢN HỒI CỦA QUÝ VỊ Ở TRÊN Given to Client __/__/__ Sent to voter registration __/__/__ Mailed to Client __/__/__ Declined, not interested __/__/__ Not a U.S. citizen __/__/__ Declined, already registered __/__/__**6**

Nếu quý vị hiện đang nhận hoặc đã nhận sự chăm sóc dài hạn, hỗ trợ và các dịch vụ, các chi phí của quý vị được thanh toán như thế nào?

7

Quý vị có các hóa đơn y tế nào chưa thanh toán hay không? Có Không Nếu quý vị yêu cầu Trợ giúp Y tế cho những hóa đơn này, xin đính kèm các bản sao.

8**THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ (Bao Gồm Bảo Hiểm Chăm Sóc Dài Hạn)**

CÔNG TY BẢO HIỂM/MEDICARE	ĐỊA CHỈ CÔNG TY BẢO HIỂM	HỢP ĐỒNG/SỐ HỢP ĐỒNG	SỐ HIỆU TÊN NHÓM	NGÀY BẢO HIỂM CÓ HIỆU LỰC	SỐ TIỀN ĐÓNG HÀNG THÁNG	TRẢ BAO LÂU MỘT LẦN	TÊN NGƯỜI ĐÚNG TRONG HỢP ĐỒNG VÀ ĐỊA CHỈ

Thêm một tờ giấy khác nếu cần thêm chỗ trống. Xin gắn nhãn hiệu câu hỏi mà quý vị trả lời trên bất cứ trang giấy nào khác.

9

Điền vào thông tin về nguồn tài nguyên sau đây cho quý vị và người phối ngẫu của mình (nếu quý vị đã lập gia đình):

A. Địa Ốc Không Có

ĐỊA ĐIỂM	SỞ HỮU CHỦ	GIÁ TRỊ \$	CÓ LỢI TỨC <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	CƯ DÂN <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
AI SỐNG TẠI TÀI SẢN NÀY?		TÀI SẢN NÀY CÓ ĐƯỢC NÊU RA ĐỂ BÁN HAY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		NEU CO - NGAY NEU
TÊN CƠ SỞ ĐIỆN ỒC VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI * NHỚ BÁO CÁO VIỆC BÁN TÀI SẢN CHO CHÚNG TÔI.				
NẾU ĐỂ BÁN CHO BIẾT				
QUÝ VỊ CÓ ĐỊNH TRỞ LẠI TÀI SẢN HAY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG			QUÝ VỊ CÓ SỞ HỮU BẤT CỨ ĐỊA ỐC NÀO KHÁC HAY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	

B. Nhà Di Động Không Có

ĐỊA ĐIỂM	SỞ HỮU CHỦ	GIÁ TRỊ \$	CÓ LỢI TỨC <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	CƯ DÂN CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
ĐỜI XE VÀ KIỂU XE	NGƯỜI NÀO SỐNG TRONG NHÀ DI ĐỘNG?			
TÊN CƠ SỞ ĐỊA ỐC VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI				
NHÀ DI ĐỘNG CÓ ĐƯỢC NÊU RA ĐỂ BÁN HAY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG NẾU CÓ CHO BIẾT				

C. Các Sắp Xếp Về Mai Táng Không Có

NGÂN HÀNG/CÔNG TY BẢO HIỂM TÊN VÀ ĐỊA CHỈ		CÁC SỐ TRƯỞNG MỤC		
NHÀ QUẢN		GIÁ TRỊ CỦA TÀI KHOẢN \$	NGÀY THIẾT LẬP	
TIỀN CÓ ĐƯỢC RÚT RA TRƯỚC KHI CÁ NHÂN QUA ĐỜI HAY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		CÓ THỂ RÚT TIỀN LÒI RA ĐƯỢC KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
QUÝ VỊ CÓ SỞ HỮU BẤT CỨ KHOẢNH ĐẤT MAI TÁNG NÀO HAY KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		SỐ CỦA CÁC KHOẢNH ĐẤT		
NẾU CÓ CHO BIẾT ĐỊA ĐIỂM				

D. Bảo Hiểm Nhân Thọ Không có

TÊN CÔNG TY	SỐ HỢP ĐỒNG	TRỊ GIÁ THỰC	TRỊ GIÁ TIỀN MẶT HIỆN NAY	AI SỞ HỮU HỢP ĐỒNG?

E. Xe Hơi, Xe Giải Trí, Xe Tải, Xe Gắn Máy Không Có

TÊN CỬA (CÁC) SỞ HỮU CHỦ	ĐỜI	HIỆU	KIỂU	ĐƯỢC CẤP GIẤY PHÉP?	BẢNG SỐ XE	TÀI KHOẢN

F. Các Trương Mục Ngân Hàng (Chi Dạng, Tiết Kiệm, IRA, v.v...)

Liệt kê tất cả các tài khoản bao gồm tên và số tiền của đương đơn và/hoặc người phối ngẫu. Không Có

TÊN NGÂN HÀNG/CHI NHÁNH	LOẠI TÀI KHOẢN	SỐ TÀI KHOẢN	SỐ TỒN KHOẢN HIỆN NAY	(CÁC) TÊN TRÊN TÀI KHOẢN/SỞ HỮU CHỦ


G. Chứng khoán, Trái phiếu (bao gồm Trái Phiếu Tiết Kiệm Hoa Kỳ), Quỹ Tín Thác, Quỹ Đầu Tư, tiền mặt hiện có, v.v... Không Có

TÊN ĐẦU TƯ	LOẠI TÀI KHOẢN	SỐ TÀI KHOẢN	GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN HIỆN NAY	(CÁC) TÊN TRÊN TÀI KHOẢN/SỞ HỮU CHỦ

10 Trong 60 tháng qua, quý vị hoặc người phối ngẫu có đóng, cho đi, bán hoặc chuyển nhượng bất cứ tài sản nào như: nhà, đất đai, tài sản cá nhân, các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, niên kim, các tài khoản ngân hàng, chứng từ ký thác, chứng khoán, IRA, trái phiếu hoặc quyền đối với lợi tức? Có Không

Trong 60 tháng qua, quý vị hoặc người phối ngẫu của quý vị có chuyển nhượng bất cứ tài sản nào vào một quỹ tín thác hay không? Có Không

Nếu có đối với bất cứ câu hỏi nào, giải thích cảnh ngộ (đính kèm thêm giấy nếu cần thiết) _____

LOẠI (CÁC) NGUỒN TÀI NGUYÊN	TRỊ GIÁ THỊ TRƯỜNG VÀO LÚC CHUYỂN NHƯỢNG 	\$	NGÀY CHUYỂN NHƯỢNG HOẶC ĐÓNG
-----------------------------	--	----	---------------------------------

11 Nếu quý vị đóng hoặc đã dùng hết tiền trong tài khoản vì quý vị đã trả cho các dịch vụ điều dưỡng, liệt kê các tài khoản này.

LOẠI NGUỒN TÀI NGUYÊN	ĐỊA ĐIỂM	SỐ TÀI KHOẢN	(CÁC) SỞ HỮU CHỦ	NGÀY ĐÓNG

12 Quý vị hoặc người phối ngẫu của quý vị có nhận hoặc một trong hai người hy vọng là sẽ nhận được bất cứ lợi tức/tài sản/số tiền sau khi dàn xếp/số tiền nhận một lần/di sản hay không? Có Không

Nếu có, xin cho biết: _____ SỐ TIỀN \$ _____
_____ NGÀY DỰ KIẾN _____

13 Thông tin về lợi tức cho đương đơn:

<u>CÁC NGUỒN LỢI TỨC</u>	<u>CHO BIẾT LOẠI/TÊN ĐẦU TƯ</u>	<u>SỐ LỢI TỨC GỘP</u>	<u>BAO LÂU TRẢ MỘT LẦN</u>
<input type="checkbox"/> AN SINH XÃ HỘI	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> TRỢ GIÚP VÀ THAM GIA VỀ QUYỀN LỢI CỰU QUÂN NHÂN	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HƯU TRÍ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> BỒI THƯỜNG VỀ TAI NẠN NGHỀ NGHIỆP	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HƯU TRÍ ĐƯỜNG RÀY	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> PHỐI ĐEN	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NIÊN KIM (CÔNG TY)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> THANH TOÁN TỪ MỘT QUỸ TÍN THÁC	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> TIỀN LỢI/CỔ TỨC (NGUỒN)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> LỢI TỨC KHÁC	_____	_____	_____

CHI PHIẾU ĐƯỢC GỬI CHO AI? (NGƯỜI NHẬN TIỀN LÀ NGƯỜI GIÁM HỘ, NGƯỜI ĐẠI DIỆN)  _____ ĐỊA CHỈ _____

Điền vào phần này nếu quý vị có người phôi ngẫu hoặc người thuộc quyền. Bỏ qua phần này nếu quý vị chưa lập gia đình hoặc chưa có con cái.

14 Thông tin về lợi tức cho người phôi ngẫu và/hoặc người thuộc quyền:

CÁC NGUỒN LỢI TỨC	CHO BIẾT LOẠI/TÊN ĐẦU TƯ	SỐ LỢI TỨC GỘP	BAO LÂU THANH TOÁN MỘT LẦN
<input type="checkbox"/> AN SINH XÃ HỘI	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> TRỢ GIÚP VÀ THAM GIA VỀ QUYỀN LỢI CỰU QUÂN NHÂN	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HƯU TRÍ	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> ĐỀN BÙ TAI NẠN NGHỀ NGHIỆP	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> HU TRÍ ĐƯỜNG RÀY	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> PHỐI ĐEN	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> NIÊN KIM (CÔNG TY)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> TRẢ TỪ MỘT KỸ TÍN THÁC	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> TIỀN LÒI/CỔ TỨC (NGUỒN)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> LỢI TỨC KHÁC	_____	_____	_____

15 Chi phí tạm trú:

TIỀN THUÊ HÀNG THÁNG/TIỀN NỢ NHÀ	\$ _____	DIỆN THOẠI CƠ BẢN	\$ _____
HỢP ĐỒNG BÁN HOẶC THUÊ MUA.....	\$ _____	GA	\$ _____
CHĂM SÓC CÁ NHÂN HOẶC CHĂM SÓC TẠI GIA PHÍ TỔN THUÊ ĐIỆN \$	_____	ĐIỆN	\$ _____
PHÍ TỔN BẢO TRÌ CHO NHÀ CONDO HOẶC NƠI Ở KÝ TỨC XÁ	\$ _____	NHIÊN LIỆU SỬOÍ	\$ _____
THUÊ ĐẤT CHO NHÀ DI ĐỘNG	\$ _____	NƯỚC.....	\$ _____
THUẾ TÀI SẢN - SỐ TIỀN HÀNG NĂM	\$ _____	CỔNG.....	\$ _____
BẢO HIỂM CHỦ NHÀ - SỐ TIỀN HÀNG NĂM.....	\$ _____	RÁC	\$ _____

Quý vị có trả cho sưởi và/hoặc điều hòa không khí riêng với tiền thuê của mình không? Có Không

QUYỀN KHÔNG BỊ KỶ THỊ

Chúng tôi không được kỳ thị dựa trên tuổi tác, giới tính, chủng tộc, màu da, tổ tiên, khuyết tật, tín ngưỡng tôn giáo, nguồn gốc quốc gia, khuynh hướng tình dục, lối sống, hội viên nghiệp đoàn, niềm tin chính trị, hoặc vì quý vị đã làm đơn và/hoặc nhận sự giúp đỡ trước đó. Nếu quý vị cảm thấy mình bị kỳ thị bởi Ban Ngành hoặc bất cứ ai cung cấp các dịch vụ cho Ban Ngành, quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc than phiền bằng lời nói với Ban Ngành hoặc văn phòng trợ giúp của quận. Ban Ngành hoặc văn phòng trợ giúp quận sau đó sẽ chuyển than phiền sang cơ quan Liên Bang hoặc Tiểu Bang thích hợp.

QUYỀN KHÁNG CÁO

Quý vị có quyền yêu cầu có một cuộc điều trần của Ban Ngành để kháng cáo về quyết định của hoặc không hành động bởi Ban Ngành có ảnh hưởng tới ích lợi của quý vị hoặc quý vị cảm thấy không công bằng hoặc không đúng. Quý vị có thể nộp kháng cáo tại văn phòng trợ giúp quận. Tại phiên điều trần kháng cáo, quý vị có thể tự mình trình bày hoặc nhờ người khác, như luật sư, bạn bè, hoặc một người bà con đại diện cho mình.

QUYỀN ĐƯỢC HỘI KIẾN VỚI MỘT CƠ QUAN

Nếu quý vị kháng cáo, quý vị có thể được hội kiến với một cơ quan trước phiên điều trần.

QUYỀN ĐƯỢC THÔNG BÁO TRÊN VĂN BẢN

Chúng tôi sẽ thông báo trên văn bản cho quý vị biết về các quyền lợi của quý vị. Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, tạm ngưng, hoặc ngưng các quyền lợi, chúng tôi sẽ giải thích lý do trên thông báo. Quý vị có 30 ngày kể từ ngày ra thông báo để yêu cầu có một phiên điều trần nếu quý vị không đồng ý với hành động đã thực hiện và/hoặc lý do đã nêu.

QUYỀN ĐƯỢC BẢO MẬT

Chúng tôi bảo mật cho thông tin của quý vị và chỉ dùng thông tin này để điều hành các chương trình mà quý vị làm đơn xin và có thể hội đủ điều kiện cho. Bất cứ người nào cố tình vi phạm các điều lệ hoặc quy định của Ban Ngành này cho phù hợp với điều khoản này sẽ có tội và bị lên án do tội này, sẽ được lên án trả một số tiền phạt, không quá một trăm đô la (\$100), hoặc phải bị tù, không quá sáu tháng, hoặc cả hai (62P.S. Phần 483).

PHỤC HỒI TÀI SẢN

Nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên và được trợ giúp y tế để trả cho các dịch vụ cơ sở điều dưỡng, các dịch vụ tại gia và miễn thứ tại cộng đồng và bất cứ dịch vụ tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa có liên quan, quý vị sẽ bắt buộc phải hoàn trả lại chi phí của các dịch vụ này từ tài sản theo di chúc của quý vị. Quý vị có thể gọi Chương Trình Phục Hồi Tài Sản MA tại số 800-528-3708.

CÁC THAY ĐỔI

Nếu quý vị không chắc là mình phải báo cáo về một thay đổi nhất định nào hay không, quý vị phải báo cáo về sự thay đổi. Quý vị có thể báo cáo cho một thành viên của văn phòng trợ giúp quận tận nơi, qua điện thoại, hoặc qua thư từ.

DỪNG THẺ PA ACCESS

Quý vị có thể dùng thẻ PA ACCESS cho các dịch vụ chỉ trong thời kỳ mà quý vị hội đủ điều kiện. Quý vị phải dùng thẻ chỉ cho người hội đủ điều kiện và quý vị có thể nhận các dịch vụ nào cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP AN SINH XÃ HỘI

Quý vị phải cung cấp một số An Sinh Xã Hội (SSN). Nếu quý vị không có một số An Sinh Xã Hội (SSN), quý vị phải làm đơn xin số này. Việc từ chối hoặc không cung cấp số SSN có thể dẫn đến việc bắt hợp lệ. Nếu quý vị có một người phối ngẫu trong cộng đồng, người này cũng phải cung cấp một số SSN. Chúng tôi dùng số SSN để xác nhận nhân dạng, điều hành các chương trình của chúng tôi, ngăn ngừa sự trùng lặp trong các chương trình của tiểu bang và liên bang, cho máy điện toán tương xứng với chương trình khác, và để lấy thông tin về lợi tức và các nguồn tài nguyên trong việc xác định khả năng hội đủ điều kiện cho và/hoặc số lượng quyền lợi của quý vị (42 U.S.C. Section 1320b-7).

CÁC HÌNH PHẠT

Nếu quý vị không báo cáo các thay đổi theo yêu cầu, các quyền lợi của quý vị có thể bị giảm bớt hoặc ngưng lại. Nếu quý vị cố tình không đưa thông tin đúng hoặc báo cáo các thay đổi, quý vị có thể bị phạt tiền và/hoặc bị bỏ tù. Việc sử dụng trái phép Thẻ PA Access cho các dịch vụ có thể dẫn đến phạt tiền, phạt tù hoặc cả hai.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải đưa ra thông tin đúng sự thực, đúng và đầy đủ theo khả năng tốt nhất của mình. Quý vị phải hợp tác trong việc ghi tài liệu hoặc xác nhận thông tin. Nếu quý vị không thể cung cấp bằng chứng, quý vị nên hỏi văn phòng trợ giúp quận để xin giúp đỡ. Quý vị phải hợp tác hoàn toàn về việc kiểm soát chất

lượng và với những người từ Ban Ngành hoặc Văn Phòng Kiểm Tra Viên Tổng Quát là người sẽ tiến hành các cuộc điều tra.

Tôi Hiểu:

Các quyền lợi của tôi có thể bị giảm bớt hoặc tôi có thể bị phạt vì đưa ra thông tin thiếu sót hoặc gian dối hoặc vì không báo cáo các thay đổi có ảnh hưởng tới các quyền lợi của tôi.

Bất cứ người nào ở có lợi nhuận cho việc chuyển các tài sản hoặc lợi tức, sẽ có ảnh hưởng khả năng hội đủ điều kiện của tôi, sẽ phải chịu trách nhiệm hoàn trả lại cho các quyền lợi không được cấp một cách đúng đắn.

Tôi cho tiểu bang quyền được tìm kiếm, có hoặc không có hành động pháp lý, sự thanh toán của hãng bảo hiểm sức khỏe tư hoặc công nhóm thứ ba liên đới. Số tiền thu được sẽ không được quá số tiền mà Trợ Giúp Y Tế thanh toán.

Tiểu bang có quyền duyệt xét mọi hồ sơ về dịch vụ y tế đã được thanh toán bởi Trợ Giúp Y Tế.

Việc thanh toán cho các dịch vụ y tế sẽ được thực hiện thẳng cho nhà cung cấp dịch vụ, chứ không phải tôi. Số tiền này bao gồm các khoản chi trả của Medicare.

Tôi đã nhận được bản sao về các quyền và trách nhiệm của tôi, đã đọc bản này hoặc nhờ người nào khác đọc cho tôi, và tôi đã hiểu chúng.

Tôi đồng ý cung cấp hoặc hợp tác trong việc lấy bất cứ thông tin nào cần thiết để minh chứng cho các lời khai của tôi.

Tôi phải báo cáo bất cứ thay đổi nào về mọi cảnh ngộ của tôi trong vòng 10 ngày sau khi thay đổi.

Tôi chịu trách nhiệm về các tường trình gian lận thực hiện trên đơn xin này ngay cả khi đơn xin được một người nào khác thay mặt cho tôi nộp lên.

Tiểu bang điều hành một chương trình kiểm soát gian lận theo đó các viên chức địa phương, tiểu bang, và liên bang có thể xác nhận thông tin mà tôi đã đưa ra.

Tiểu bang có thể lấy thông tin về các cảnh ngộ của tôi từ những người khác hoặc tổ chức khác, bao gồm việc so sánh với máy điện toán và Ban Di Trú và Nhập Tịch.

Số An Sinh Xã Hội của tôi sẽ được sử dụng để lấy thông tin xác nhận các cảnh ngộ của tôi và khả năng hội đủ điều kiện.

TỜ KHAI

Tôi xác nhận, chiếu theo hình phạt về tội nói dối theo luật pháp, thông tin mà tôi đưa ra là đúng sự thật, đúng và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đã đọc đơn xin này đầy đủ hoặc nhờ người khác đọc cho tôi và tôi hiểu các câu hỏi đã đặt ra. Tôi đã nhận được bản sao về và đọc các quyền và trách nhiệm của tôi, hoặc nhờ người khác đọc cho tôi, và tôi đã hiểu chúng.

CHỮ KÝ ĐƯƠNG ĐƠN HOẶC ĐẠI DIỆN ĐƯỢC PHÉP	NGÀY	XÁC NHẬN I. D.	QUAN HỆ VỚI ĐƯƠNG ĐƠN
ĐỊA CHỈ CỦA ĐẠI DIỆN	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	SỐ ZIP +4 () SỐ ĐIỆN THOẠI
NHÂN CHỨNG (NẾU KÝ TÊN BẰNG DẤU X Ở TRÊN)	NGÀY		
ĐỊA CHỈ CỦA NHÂN CHỨNG	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	SỐ ZIP +4 () SỐ ĐIỆN THOẠI
CHỮ KÝ CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ (NẾU ĐƯỢC NỘP LÊN BỞI NHÀ CUNG CẤP)	NGÀY		
CAO HOẶC CÁC LỰA CHỌN	NGÀY	<input type="checkbox"/> Phòng Vấn Tận Mặt Với _____	<input type="checkbox"/> Phòng Vấn Qua Điện Thoại Với _____
		<input type="checkbox"/> Miễn Phòng Vấn	

Ai là đại diện hoặc người có quyền thay mặt cho quý vị?

Bản sao các thông báo sẽ được gửi cho người đã được nêu tên.

HỌ, TÊN, TÊN LÓT			QUAN HỆ VỚI ĐƯƠNG ĐƠN	<input type="checkbox"/> ĐẠI DIỆN <input type="checkbox"/> QUYỀN ĐẠI DIỆN
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	SỐ ZIP + 4	SỐ ĐIỆN THOẠI ()

TÔI MUỐN RÚT LẠI ĐƠN XIN CỦA TÔI

CHỮ KÝ

NGÀY

QUYỀN KHÔNG BỊ KỶ THỊ

Chúng tôi không được kỳ thị dựa trên tuổi tác, giới tính, chủng tộc, màu da, tổ tiên, khuyết tật, tín ngưỡng tôn giáo, nguồn gốc quốc gia, khuynh hướng tình dục, lối sống, hội viên nghiệp đoàn, niềm tin chính trị, hoặc vì quý vị đã làm đơn và/hoặc nhận sự giúp đỡ trước đó. Nếu quý vị cảm thấy mình bị kỳ thị bởi Ban Ngành hoặc bất cứ ai cung cấp các dịch vụ cho Ban Ngành, quý vị có thể nộp đơn than phiền hoặc than phiền bằng lời nói với Ban Ngành hoặc văn phòng trợ giúp của quận. Ban Ngành hoặc văn phòng trợ giúp quận sau đó sẽ chuyển than phiền sang cơ quan Liên Bang hoặc Tiểu Bang thích hợp.

QUYỀN KHÁNG CÁO

Quý vị có quyền yêu cầu có một cuộc điều trần của Ban Ngành để kháng cáo về quyết định của hoặc không hành động bởi Ban Ngành có ảnh hưởng tới ích lợi của quý vị hoặc quý vị cảm thấy không công bằng hoặc không đúng. Quý vị có thể nộp kháng cáo tại văn phòng trợ giúp quận. Tại phiên điều trần kháng cáo, quý vị có thể tự mình trình bày hoặc nhờ người khác, như luật sư, bạn bè, hoặc một người bà con đại diện cho mình.

QUYỀN ĐƯỢC HỘI KIẾN VỚI MỘT CƠ QUAN

Nếu quý vị kháng cáo, quý vị có thể được hội kiến với một cơ quan trước phiên điều trần.

Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, tạm ngưng, hoặc ngưng các quyền lợi, chúng tôi sẽ giải thích lý do trên thông báo. Quý vị có 30 ngày kể từ ngày ra thông báo để yêu cầu có một phiên điều trần nếu quý vị không đồng ý với hành động đã thực hiện và/hoặc lý do đã nêu.

QUYỀN ĐƯỢC BẢO MẬT

Chúng tôi bảo mật cho thông tin của quý vị và chỉ dùng thông tin này để điều hành các chương trình mà quý vị làm đơn xin và có thể hội đủ điều kiện cho. Bất cứ người nào cố tình vi phạm các điều lệ hoặc quy định của Ban Ngành này cho phù hợp với điều khoản này sẽ có tội và bị lên án do tội này, sẽ được lên án trả một số tiền phạt, không quá một trăm đô la (\$100), hoặc phải bị tù, không quá sáu tháng, hoặc cả hai (62P.S. Phần 483).

PHỤC HỒI TÀI SẢN

Nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên và được trợ giúp y tế để trả cho các dịch vụ cơ sở điều dưỡng, các dịch vụ tại gia và miễn thứ tại cộng đồng và bất cứ dịch vụ tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa có liên quan, quý vị sẽ bắt buộc phải hoàn trả lại chi phí của các dịch vụ này từ tài sản theo di chúc của quý vị. Quý vị có thể gọi Chương Trình Phục Hồi Tài Sản MA tại số 800-528-3708.

CÁC THAY ĐỔI

Nếu quý vị không chắc là mình phải báo cáo về một thay đổi nhất định nào hay không, quý vị phải báo cáo về sự thay đổi. Quý vị có thể báo cáo cho một thành viên của văn phòng trợ giúp quận tận nơi, qua điện thoại, hoặc qua thư từ.

DỪNG THẺ PA ACCESS

Quý vị có thể dùng thẻ PA ACCESS cho các dịch vụ chi trong thời kỳ mà quý vị hội đủ điều kiện. Quý vị phải dùng thẻ chỉ cho người hội đủ điều kiện và quý vị có thể nhận các dịch vụ nào cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP AN SINH XÃ HỘI

Quý vị phải cung cấp một số An Sinh Xã Hội (SSN). Nếu quý vị không có một số An Sinh Xã Hội (SSN), quý vị phải làm đơn xin số này. Việc từ chối hoặc không cung cấp số SSN có thể dẫn đến việc bất hợp lệ. Nếu quý vị có một người phối ngẫu trong cộng đồng, người này cũng phải cung cấp một số SSN. Chúng tôi dùng số SSN để xác nhận nhân dạng, điều hành các chương trình của chúng tôi, ngăn ngừa sự trùng lặp trong các chương trình của tiểu bang và liên bang, cho máy điện toán tương xứng với chương trình khác, và để lấy thông tin về lợi tức và các nguồn tài nguyên trong việc xác định khả năng hội đủ điều kiện cho và/hoặc số lượng quyền lợi của quý vị (42 U.S.C. Section 1320b-7).

CÁC HÌNH PHẠT

Nếu quý vị không báo cáo các thay đổi theo yêu cầu, các quyền lợi của quý vị có thể bị giảm bớt hoặc ngưng lại. Nếu quý vị cố tình không đưa thông tin đúng hoặc báo cáo các thay đổi, quý vị có thể bị phạt tiền và/hoặc bị bỏ tù. Việc sử dụng trái phép Thẻ PA Access cho các dịch vụ có thể dẫn đến phạt tiền, phạt tù hoặc cả hai.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải đưa ra thông tin đúng sự thực, đúng và đầy đủ theo khả năng tốt nhất của mình. Quý vị phải hợp tác trong việc ghi tài liệu hoặc xác nhận thông tin. Nếu quý vị không thể cung cấp bằng chứng, quý vị nên hỏi văn phòng trợ giúp quận để xin giúp đỡ. Quý vị phải hợp tác hoàn toàn về việc kiểm soát chất

lượng và với những người từ Ban Ngành hoặc Văn Phòng Kiểm Tra Viên Tổng Quát là người sẽ tiến hành các cuộc điều tra.

Tôi Hiểu:

Các quyền lợi của tôi có thể bị giảm bớt hoặc tôi có thể bị phạt vì đưa ra thông tin thiếu sót hoặc gian dối hoặc vì không báo cáo các thay đổi có ảnh hưởng tới các quyền lợi của tôi.

Bất cứ người nào ở cơ lợi nhuận cho việc chuyển chuyển các tài sản hoặc lợi tức, sẽ có ảnh hưởng khả năng hội đủ điều kiện của tôi, sẽ phải chịu trách nhiệm hoàn trả lại cho các quyền lợi không được cấp một cách đúng đắn.

Tôi cho tiểu bang quyền được tìm kiếm, có hoặc không có hành động pháp lý, sự thanh toán của hãng bảo hiểm sức khỏe tư hoặc công nhóm thứ ba liên đới. Số tiền thu được sẽ không được quá số tiền mà Trợ Giúp Y Tế thanh toán.

Tiểu bang có quyền duyệt xét mọi hồ sơ về dịch vụ y tế đã được thanh toán bởi Trợ Giúp Y Tế.

Việc thanh toán cho các dịch vụ y tế sẽ được thực hiện thẳng cho nhà cung cấp dịch vụ, chứ không phải tôi. Số tiền này bao gồm các khoản chi trả của Medicare.

Tôi đã nhận được một bản sao về và đọc các quyền và trách nhiệm của tôi, hoặc nhờ người khác đọc cho tôi, và tôi đã hiểu chúng.

Tôi đồng ý cung cấp hoặc hợp tác trong việc lấy bất cứ thông tin nào cần thiết để minh chứng cho các lời khai của tôi.

Tôi phải báo cáo bất cứ thay đổi nào về mọi cảnh ngộ của tôi trong vòng 10 ngày sau khi thay đổi.

Tôi chịu trách nhiệm về các tường trình gian lận thực hiện trên đơn xin này ngay cả khi đơn xin được một người nào khác thay mặt cho tôi nộp lên.

Tiểu bang điều hành một chương trình kiểm soát gian lận theo đó các viên chức địa phương, tiểu bang, và liên bang có thể xác nhận thông tin mà tôi đã đưa ra.

Tiểu bang có thể lấy thông tin về các cảnh ngộ của tôi từ những người khác hoặc tổ chức khác, bao gồm việc so sánh với máy điện toán và Ban Di Trú và Nhập Tịch.

Số An Sinh Xã Hội của tôi sẽ được sử dụng để lấy thông tin xác nhận các cảnh ngộ của tôi và khả năng hội đủ điều kiện.