



Pennsylvania

Department of Human Services

Đơn Đăng Ký Đủ Điều Kiện Tài Chính Để Nhận Trợ Cấp Y Tế (Medicaid) cho Chăm Sóc Dài Hạn, Hỗ Trợ và Dịch Vụ

Chọn những mục mà quý vị muốn đăng ký:

- ☐ Chăm sóc tại cơ sở
- ☐ Dịch Vụ Miễn Giảm Tại Nhà và Cộng Đồng – Loại/Tên Chương Trình Miễn Giảm/Dịch Vụ: _____
- ☐ Khác: _____

- Vui lòng đọc toàn bộ nội dung của mẫu đơn.
- Điền thông tin được yêu cầu vào các phần không tô đậm.
- Nếu quý vị cần trợ giúp, một người khác có thể giúp quý vị hoặc quý vị có thể liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận nơi quý vị sinh sống.
- Vui lòng xem lại mọi thông tin được in trên mẫu đơn này. Nếu bất kỳ thông tin nào đã điền trước đó không chính xác hoặc đã thay đổi, vui lòng gạch bỏ thông tin đã in sẵn và cung cấp thông tin mới. Xem lại tất cả các câu hỏi không có đáp án in sẵn và cung cấp câu trả lời trừ khi hướng dẫn cho phép quý vị không trả lời.

Quý vị hoặc bất kỳ người đại diện nào mà quý vị chọn đều có thể hoàn thành đơn đăng ký này. Người đại diện của quý vị có thể là vợ/chồng, bạn bè, người thân, người được quý vị ủy quyền hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế. Người đại diện nên là người hiểu rõ và có thể cung cấp thông tin về thu nhập và nguồn lực của quý vị. Nếu quý vị đã kết hôn, thông tin trong một số mục phải được điền đầy đủ cho cả bản thân và vợ/chồng của quý vị.

Sau khi điền đầy đủ vào mẫu đơn, hãy mang trực tiếp, nhờ người khác mang hộ hoặc gửi qua đường bưu điện đến văn phòng hỗ trợ quận trừ khi có hướng dẫn khác. Văn phòng hỗ trợ quận sẽ

cho quý vị biết liệu có cần phỏng vấn hay không. Quý vị sẽ cần cung cấp giấy tờ tùy thân và xác minh thông tin khác trên mẫu đơn, trừ khi chúng tôi đã có thông tin đó trong hồ sơ của mình. Nếu quý vị cần trợ giúp để có bất kỳ thông tin nào, hãy liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận. Quý vị nên đính kèm giấy tờ xác minh theo mẫu đơn này.

Những người đã cho đi tài sản (thu nhập hoặc nguồn lực) trong vòng 60 tháng qua, hoặc đã thành lập hoặc chuyển giao tài sản cho quỹ tín thác trong vòng 60 tháng trước khi nộp đơn xin Trợ Cấp Y Tế cho chăm sóc dài hạn, hỗ trợ và dịch vụ có thể không đủ điều kiện nhận trợ cấp. Do yêu cầu này, quý vị có thể cần cung cấp giấy tờ xác minh tài sản sở hữu trong 60 tháng qua, ngay cả khi quý vị không còn sở hữu. Chúng tôi sẽ sử dụng số An Sinh Xã Hội để lấy thông tin về tài sản của quý vị trong 60 tháng trước khi nộp đơn.

Nếu thông tin đầy đủ và quý vị đã cung cấp các giấy tờ xác minh cần thiết (đính kèm theo mẫu đơn này, nếu có thể), văn phòng hỗ trợ quận sẽ thông báo cho quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn đăng ký cho biết quý vị đủ điều kiện, không đủ điều kiện hay cần thêm thông tin.

This is an application for Medical Assistance benefits. If you need help translating it, please contact your county assistance office, CAO. Translation services will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de Asistencia Médica. Si necesita ayuda con la traducción comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) que le corresponde. Los servicios de traducción son gratuitos.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអត្ថប្រយោជន៍សំបុត្រពេទ្យ។
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែ
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដ៏ល្អបំផុតនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។
ការបកប្រែនឹងផ្តល់ដោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

这是关于医疗协助福利的申请。
如果你需要翻译协助，请联络你所在
地方的郡县援助办事处。可以免费提供翻译服务。

هذا طلب للحصول على منافع المساعدة الطبية. إذا كنت بحاجة إلى
مساعدة في ترجمته، يرجى الاتصال بمكتب معونة مقاطعتك
ستقدم خدمات الترجمة مجاناً.

Настоящий документ является заявлением на получение
обслуживания по программе Medical Assistance.
Если вам нужна помощь в переводе данного заявления,
обращайтесь в Окружное бюро помощи
(County Assistance Office).
Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

Đây là mẫu đơn xin hưởng phúc lợi Bảo Trợ Y Tế.
Nếu quý vị cần phiên dịch đơn này, xin liên lạc
Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt nơi quý vị cư ngụ.
Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.



Vui lòng gọi cho Inspiritec theo số 1-866-550-4355 để được hỗ trợ hoàn tất đơn đăng ký Trợ Cấp Y Tế qua điện thoại. Quý vị cũng có thể nộp đơn trực tuyến tại: www.dhs.pa.gov/compass.

DO NOT COMPLETE – PROVIDER USE ONLY						
PROVIDER NAME			NUMBER			
ADDRESS			CONTACT NAME/TELEPHONE NUMBER			
DATE OF ADMISSION		DATE OF LEVEL OF CARE DETERMINATION		REQUESTED EFFECTIVE DATE		
DO NOT COMPLETE - COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY						
CO.	DIST	RECORD NUMBER	FILE CLEARED BY	APPL. REG. NO.	WORKER I.D.	CASELOAD
☐ AUTHORIZED REASON					CATEGORY	
☐ NOT AUTHORIZED REASON					DATE	

Bắt đầu

What language do you prefer? Quý vị thích sử dụng ngôn ngữ nào? ☐ English/Tiếng Anh ☐ Spanish/Tiếng Tây Ban Nha ☐ Other/Khác (specify/ghi rõ) _____
Do you need an interpreter? Quý vị có cần thông dịch viên không? ☐ Yes/Có ☐ No/Không If yes, what language? Nếu có, ngôn ngữ nào? _____

Điền đầy đủ tất cả thông tin vào phần này dành cho quý vị, người nộp đơn. Giới thiệu về quý vị. Vui lòng xem lại thông tin đã in dưới đây. Nếu thông tin này không chính xác, vui lòng gạch bỏ và viết lại thông tin chính xác.

TÊN (BAO GỒM TÊN, VIẾT TẮT TÊN ĐỆM, HỌ, HẬU TỐ - JR./SR./V.V.)	SỐ AN SINH XÃ HỘI:	NGÀY SINH (MM/DD/YYYY):	GIỚI TÍNH: ☐ NAM ☐ NỮ
--	--------------------	-------------------------	--

TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN: ☐ ĐỘC THÂN ☐ ĐÃ LY THÂN ☐ ĐÃ KẾT HÔN ☐ ĐÃ LY HÔN ☐ GÓA BỤA NẾU ĐÃ LY THÂN, HÃY HOÀN THÀNH PHẦN MÔI QUAN HỆ ĐỐI VỚI VỢ/CHỒNG ĐÃ LY THÂN. NẾU QUÝ VỊ ĐÃ CHỌN BẮN THÂN LÀ GÓA VỢ/GÓA CHỒNG, NGÀY QUA ĐỜI CỦA VỢ/CHỒNG QUÝ VỊ LÀ NGÀY NÀO?	NẾU QUÝ VỊ ĐÃ CHỌN LY THÂN, NGÀY LY THÂN LÀ NGÀY NÀO? TÊN CỦA VỢ/CHỒNG?
---	--

CHUNG TỘC (TÙY CHỌN) (CHỌN CÁC Ô PHÙ HỢP): ☐ NGƯỜI MỸ DA ĐEN HOẶC NGƯỜI MỸ GỐC PHI ☐ NGƯỜI CHÂU Á ☐ NGƯỜI GỐC ĐẢO HAWAII HOẶC THÁI BÌNH DƯƠNG ☐ NGƯỜI BẮN ĐỊA MỸ HOẶC ALASKA ☐ NGƯỜI DA TRẮNG ☐ KHÁC _____
--

ĐỊA CHỈ HIỆN TẠI (NẾU Ở TRONG CƠ SỞ, HÃY SỬ DỤNG ĐỊA CHỈ CỦA CƠ SỞ):	SỐ ĐIỆN THOẠI:	NGÀY CHUYỂN ĐẾN ĐỊA CHỈ NÀY:
THỊ TRẤN:	KHU HỌC CHÁNH:	ĐỊA CHỈ TRƯỚC ĐÂY (NẾU Ở TRONG CƠ SỞ, HÃY CUNG CẤP ĐỊA CHỈ NHÀ CỦA QUÝ VỊ. NẾU QUÝ VỊ ĐÃ KẾT HÔN, VUI LÒNG CUNG CẤP ĐỊA CHỈ CỦA VỢ/CHỒNG):

QUÝ VỊ ĐÃ TỪNG NỘP ĐƠN HOẶC NHẬN TRỢ CẤP TIỀN MẶT HOẶC Y TẾ, HOẶC THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ DINH DƯỠNG BỔ SUNG (SNAP), TRƯỚC ĐÂY ĐƯỢC GỌI LÀ TEM THỰC PHẨM, TẠI MỘT QUẬN KHÁC Ở PENNSYLVANIA HOẶC Ở MỘT TIỂU BANG KHÁC CHƯA? ☐ RỒI ☐ CHƯA	NẾU ĐÃ NỘP, TIỂU BANG NÀO? QUẬN NÀO?	NHẬN TRỢ CẤP TRONG BAO LÂU? SỐ HỒ SƠ:
TRƯỚC ĐÂY QUÝ VỊ ĐÃ TỪNG SỐNG Ở VIỆN DƯỠNG LÃO CHƯA? ☐ RỒI ☐ CHƯA	NẾU ĐÃ TỪNG SỐNG, HÃY CUNG CẤP TÊN CƠ SỞ:	ĐỊA CHỈ: NGÀY:

Nếu quý vị có khuyết tật, đang làm việc và có thu nhập, quý vị có thể đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế cho Người Lao Động Khuyết Tật (MAWD). MAWD có giới hạn về thu nhập và tài sản cao hơn so với các chương trình Trợ Cấp Y Tế khác và yêu cầu người tham gia phải trả phí bảo hiểm hàng tháng. Trong một số trường hợp, quý vị có thể không phải trả phí bảo hiểm do thu nhập hoặc lý do chính đáng khác.	
Chọn một trong các ô sau để xác định thời điểm quý vị muốn được hưởng bảo hiểm nếu đủ điều kiện tham gia chương trình MAWD: ☐ Tôi muốn bắt đầu bảo hiểm vào ngày đầu tiên của tháng mà đơn đăng ký của tôi được tiếp nhận. Tôi sẽ trả phí bảo hiểm cho cả tháng này. ☐ Tôi muốn bắt đầu bảo hiểm vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo sau khi đơn đăng ký của tôi được tiếp nhận.	

QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CÔNG DÂN HOẶC NGƯỜI CÓ QUỐC TỊCH HOA KỲ KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	 Nếu quý vị không phải là công dân hoặc người có quốc tịch Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:			
QUÝ VỊ CÓ TÌNH TRẠNG NHẬP CƯ ĐỦ ĐIỀU KIỆN KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NẾU CÓ, HÃY ĐIỀN LOẠI GIẤY TỜ VÀ MÃ SỐ:	LOẠI GIẤY TỜ:	MÃ SỐ GIẤY TỜ:	MÃ SỐ CÔNG DÂN NƯỚC NGOÀI:
QUÝ VỊ CÓ SỐNG TẠI HOA KỲ TRƯỚC NĂM 1996 KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	QUỐC GIA XUẤT THÂN:			
NẾU QUÝ VỊ CÓ NHÀ TÀI TRỢ, VUI LÒNG GHI TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NHÀ TÀI TRỢ:				
Ký tên để xác nhận quốc tịch hoặc tình trạng công dân nước ngoài của quý vị như đã đánh dấu ở trên:				
_____		_____		
CHỮ KÝ		NGÀY		

Hãy hoàn thành các thông tin trong phần này cho vợ/chồng của quý vị nếu quý vị đã kết hôn hoặc ly thân và cho con cái hoặc anh chị em sống phụ thuộc. Vui lòng xem lại các thông tin được in sẵn bên dưới. Nếu thông tin này không đúng, hãy xóa đi và ghi thông tin đúng vào.

MỐI QUAN HỆ:	TÊN (BAO GỒM TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ, PHÂN ĐUÔI - JR./SR./VV...):	BÍ DANH/HỌ TRƯỚC KHI CƯỚI:
NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM):	GIỚI TÍNH:	*CHỦNG TỘC:
		SỐ THẺ AN SINH XÃ HỘI:

MỐI QUAN HỆ:	TÊN (BAO GỒM TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ, PHÂN ĐUÔI - JR./SR./VV...):	BÍ DANH/HỌ TRƯỚC KHI CƯỚI:
NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM):	GIỚI TÍNH:	*CHỦNG TỘC:
		SỐ THẺ AN SINH XÃ HỘI:

MỐI QUAN HỆ:	TÊN (BAO GỒM TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ, PHÂN ĐUÔI - JR./SR./VV...):	BÍ DANH/HỌ TRƯỚC KHI CƯỚI:
NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM):	GIỚI TÍNH:	*CHỦNG TỘC:
		SỐ THẺ AN SINH XÃ HỘI:

MỐI QUAN HỆ:	TÊN (BAO GỒM TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ, PHÂN ĐUÔI - JR./SR./VV...):	BÍ DANH/HỌ TRƯỚC KHI CƯỚI:
NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM):	GIỚI TÍNH:	*CHỦNG TỘC:
		SỐ THẺ AN SINH XÃ HỘI:

* Về phần chủng tộc: Lợi ích của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không trả lời câu hỏi này. Vui lòng sử dụng một trong các mã sau:
1. Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi 2. Người châu Á 3. Người gốc Hawaii hoặc Thái Bình Dương 4. Người bản địa Mỹ hoặc Alaska 5. Người da trắng 6. Khác: _____

Tình trạng tham gia quân đội
Vui lòng xem lại các thông tin được in sẵn bên dưới. Nếu thông tin này không đúng, hãy xóa đi và ghi thông tin đúng vào.

VUI LÒNG CHỌN MỘT Ô:

☐ CỰU CHIẾN BINH ☐ HIỆN TRONG QUÂN ĐỘI ☐ VỆ BINH QUỐC GIA ☐ LỰC LƯỢNG DỰ PHÒNG ☐ VỢ/CHỒNG GỎA, VỢ/CHỒNG, CON CÁI PHỤ THUỘC CỦA CỰU CHIẾN BINH

ĐƠN VỊ PHỤC VỤ:	NGÀY NHẬP NGŨ:	NGÀY XUẤT NGŨ:	YÊU CẦU SỐ:
-----------------	----------------	----------------	-------------

Đăng ký bỏ phiếu (Tùy chọn)

Nếu quý vị chưa đăng ký bỏ phiếu tại nơi quý vị đang sống, quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu ở đây hôm nay không ? ☐ CÓ ☐ KHÔNG
NEU QUÝ VỊ KHÔNG CHỌN Ô NÀO, QUÝ VỊ ĐƯỢC COI LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BỎ PHIẾU VÀO THỜI ĐIỂM NÀY.

Để đăng ký, quý vị phải: 1) Ít nhất 18 tuổi vào ngày của lần bầu cử tiếp theo;
2) Là một công dân Mỹ trong ít nhất một tháng TRƯỚC LẦN BẦU CỬ TIẾP THEO;
3) Sống ở Bang Pennsylvania và tại quận bầu cử ít nhất 30 ngày trước lần bầu cử tiếp theo.

Việc đăng ký hoặc không đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số lượng trợ giúp quý vị sẽ nhận được từ cơ quan này.

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ khi ghi vào mẫu đơn đăng ký bỏ phiếu, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quyết định tìm kiếm hoặc chấp nhận giúp đỡ thuộc về quý vị. Quý vị có thể tự ghi vào đơn này ở nơi riêng tư. Vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ của hạt nếu quý vị muốn được giúp đỡ. Nếu quý vị tin rằng ai đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, quyền riêng tư khi quyết định đăng ký hoặc nộp đơn đăng ký bỏ phiếu của quý vị, hoặc quyền lựa chọn đảng phái chính trị hoặc ưu tiên chính trị khác của quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Số điện thoại miễn phí 1-877-VOTESPA).

COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED ON YOUR RESPONSE ABOVE

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

Nếu quý vị đã hoặc đang nhận được chăm sóc, hỗ trợ và dịch vụ dài hạn, chi phí của quý vị đã/ đang được trả như thế nào?

Quý vị có hóa đơn y tế chưa được trả không? ☐ Có ☐ Không
Nếu quý vị yêu cầu Hỗ trợ y tế cho các hóa đơn này, hãy đính kèm các bản sao.

Thông tin về bảo hiểm y tế (bao gồm bảo hiểm chăm sóc dài hạn)
Vui lòng xem lại các thông tin được in sẵn bên dưới. Nếu thông tin này không đúng, hãy xóa đi và ghi thông tin đúng vào.

Ai được bảo hiểm?	Công ty Bảo hiểm	Số Hợp đồng bảo hiểm	Phí bảo hiểm	Mức độ thường xuyên?

Thông tin nguồn tài sản về Người nộp đơn và Vợ/Chồng:
Vui lòng xem lại các thông tin được in sẵn bên dưới. Nếu thông tin này không đúng, hãy xóa đi và ghi thông tin đúng vào. Bổ sung một tờ giấy nếu cần thêm chỗ. Vui lòng ghi rõ câu hỏi quý vị đang trả lời trên tờ giấy bổ sung.

A. Bất động sản Không có ☐

ĐỊA ĐIỂM:	CHỦ SỞ HỮU:	GIÁ TRỊ: \$	TẠO RA THU NHẬP: ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NGƯỜI CƯ TRÚ: ☐ CÓ ☐ KHÔNG
AI ĐANG SỐNG TRONG TÀI SẢN NÀY?		QUÝ VỊ CÓ KẾ HOẠCH QUAY TRỞ VỀ BẤT ĐỘNG SẢN NÀY KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG		QUÝ VỊ CÓ SỞ HỮU BẤT ĐỘNG SẢN NÀO KHÁC KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG
TÀI SẢN NÀY CÓ ĐƯỢC RAO BÁN KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NEU CO RAO BAN, TEN VA SO DIEN THOI NGUOI BAN NHA: (HAY NHOR BAO CAO VIEC BAN TAI SAN CHO CHUNG TOI)			NEU CO, NGAY RAO BAN:

ĐỊA ĐIỂM:	CHỦ SỞ HỮU:	GIÁ TRỊ: \$	TẠO RA THU NHẬP: ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NGƯỜI CƯ TRÚ: ☐ CÓ ☐ KHÔNG
AI ĐANG SỐNG TRONG TÀI SẢN NÀY?		QUÝ VỊ CÓ KẾ HOẠCH QUAY TRỞ VỀ TÀI SẢN NÀY KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG		QUÝ VỊ CÓ SỞ HỮU BẤT ĐỘNG SẢN NÀO KHÁC KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG
TÀI SẢN NÀY CÓ ĐƯỢC RAO BÁN KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NEU CO RAO BAN, TEN VA SO DIEN THOI NGUOI BAN NHA: (HAY NHOR BAO CAO VIEC BAN TAI SAN CHO CHUNG TOI)			NEU CO, NGAY RAO BAN:

B. Nhà di động Không có ☐

ĐỊA ĐIỂM:	CHỦ SỞ HỮU:	GIÁ TRỊ: \$	TẠO RA THU NHẬP: ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NGƯỜI CƯ TRÚ: ☐ CÓ ☐ KHÔNG
NĂM VÀ MẪU:		AI ĐANG SỐNG TRONG NHÀ DI ĐỘNG NÀY?		
TÀI SẢN NÀY CÓ ĐƯỢC RAO BÁN KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NEU CO RAO BAN, TEN VA SO DIEN THOI NGUOI BAN NHA: (HAY NHOR BAO CAO VIEC BAN TAI SAN CHO CHUNG TOI)			NEU CO, NGAY RAO BAN:

C. Kế hoạch mai táng Không có ☐

CHỦ SỞ HỮU:	TÊN VÀ ĐỊA CHỈ NGÂN HÀNG/CÔNG TY BẢO HIỂM:	SỐ TÀI KHOẢN:
NHÀ TANG LỄ:	GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN: \$	NGÀY THIẾT LẬP:
CÓ THỂ RÚT TIỀN TRƯỚC KHI CHẾT KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	CÓ THỂ RÚT LÃI SUẤT KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	
QUÝ VỊ CÓ SỞ HỮU KHU MỘ PHẦN KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NẾU CÓ, ĐỊA ĐIỂM:	BAO NHIÊU KHU MỘ PHẦN:

CHỦ SỞ HỮU:	TÊN VÀ ĐỊA CHỈ NGÂN HÀNG/CÔNG TY BẢO HIỂM:	SỐ TÀI KHOẢN:
NHÀ TANG LỄ:	GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN: \$	NGÀY THIẾT LẬP:
CÓ THỂ RÚT TIỀN TRƯỚC KHI CHẾT KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	CÓ THỂ RÚT LÃI SUẤT KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	
QUÝ VỊ CÓ SỞ HỮU KHU MỘ PHẦN KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NẾU CÓ, ĐỊA ĐIỂM:	BAO NHIÊU KHU MỘ PHẦN:

D. Bảo hiểm nhân thọ Không có ☐

Vui lòng xem lại các thông tin được in sẵn bên dưới. Nếu thông tin này không đúng, hãy xóa đi và ghi thông tin đúng vào.

Chủ sở hữu hợp đồng bảo hiểm	Tên công ty	Số hợp đồng bảo hiểm	Giá trị bảo hiểm	Giá trị tiền mặt hiện tại	Người thụ hưởng

E. Ô tô, xe giải trí, xe tải, xe mô tô Không có ☐

Vui lòng xem lại các thông tin được in sẵn bên dưới. Nếu thông tin này không đúng, hãy xóa đi và ghi thông tin đúng vào.

Tên của (các) chủ sở hữu	Năm, hãng, mẫu	Có đăng ký?	Biển số	Số tiền còn nợ	% sở hữu	Ghi chú
		☐ CÓ ☐ KHÔNG				
		☐ CÓ ☐ KHÔNG				
		☐ CÓ ☐ KHÔNG				
		☐ CÓ ☐ KHÔNG				
		☐ CÓ ☐ KHÔNG				
		☐ CÓ ☐ KHÔNG				

F. Nguồn tài sản khác ☐ Không có ☐

Vui lòng xem lại các thông tin được in sẵn bên dưới. Nếu thông tin này không đúng, hãy xóa đi và ghi thông tin đúng vào.
Các loại tài sản bao gồm tài khoản ngân hàng (bao gồm tài khoản vãng lai, tiết kiệm, du lịch); chứng chỉ tiền gửi (CD); tài khoản nghỉ hưu (bao gồm IRA, KEOGH); cổ phiếu; trái phiếu (bao gồm trái phiếu tiết kiệm Hoa Kỳ); niên kim, quỹ tín thác, quỹ tương hỗ, và tiền mặt hiện có.

Tên của (các) chủ sở hữu	Tài sản	Giá trị hiện tại	Tên ngân hàng/Số tài khoản	Phần trăm sở hữu	Ghi chú
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

Trong vòng 60 tháng qua, quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có đóng lại, cho đi, bán hoặc chuyển nhượng bất kỳ tài sản nào như: nhà cửa, đất đai, tài sản cá nhân, hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, niên kim, tài khoản ngân hàng, chứng chỉ tiền gửi, cổ phiếu, IRA, trái phiếu, trái phiếu tín thác, hoặc quyền nhận thu nhập không? ☐ Có ☐ Không

Trong vòng 60 tháng qua, quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có chuyển nhượng bất kỳ tài sản nào cho một quỹ tín thác không? ☐ Có ☐ Không

Nếu Có cho một câu hỏi trên, vui lòng giải thích (đính kèm thêm giấy nếu cần): _____

LOẠI TÀI SẢN:	GIÁ TRỊ THỊ TRƯỜNG TẠI THỜI ĐIỂM CHUYỂN NHƯỢNG: \$	NGÀY CHUYỂN NHƯỢNG HOẶC ĐÓNG LẠI:
---------------	--	-----------------------------------

Nếu quý vị đã đóng hoặc rút cạn tài khoản vì lý do là trả tiền cho dịch vụ điều dưỡng, hãy liệt kê các tài khoản này:

(Các) chủ sở hữu tài khoản	Loại tài sản	Địa điểm	Số tài khoản	Ngày đóng tài khoản

Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị đã có nhận được hoặc dự kiến sẽ nhận được bất kỳ khoản thu nhập/tài sản/thanh toán/khoản tiền/thừa kế nào không? ☐ Có ☐ Không

Nếu Có, vui lòng giải thích (đính kèm thêm giấy nếu cần): _____

	SỐ TIỀN: \$	NGÀY DỰ KIẾN:
--	----------------	---------------

Thông tin thu nhập của Người nộp đơn, vợ/chồng, và/hoặc những người phụ thuộc
Vui lòng xem lại các thông tin được in sẵn bên dưới. Nếu thông tin này không đúng, hãy xóa đi và ghi thông tin đúng vào.
Bổ sung một tờ giấy nếu cần thêm chỗ. Vui lòng ghi rõ câu hỏi quý vị đang trả lời trên tờ giấy bổ sung.

Hãy liệt kê tất cả các nguồn thu nhập của gia đình, bao gồm nhưng không giới hạn trong: thu nhập tự kiếm (tiền lương, tự kinh doanh, thu nhập cho thuê, cho ăn ở, tiền hoa hồng...), và các thu nhập không tự kiếm (tiền lương hưu, trợ cấp cựu chiến binh, trợ cấp an sinh xã hội, trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp lao động, trợ cấp lương hưu đường sắt, trợ cấp bệnh phổi đen, trợ cấp ốm đau, tiền thanh toán từ quỹ tín thác và niên kim, tiền hỗ trợ hoặc cấp dưỡng, cổ tức hoặc lãi suất, Tiền Trúng Xổ Số/Đánh Bạc...)

Thu nhập này là của ai?	Loại thu nhập	Nguồn thu nhập	Tần suất (hàng tuần, hai tuần một lần, hàng tháng, hàng năm)	Số giờ trung bình làm việc mỗi tuần	Tổng số tiền (số tiền thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ)	Ghi chú

SẾC ĐƯỢC GỬI CHO AI? (NGƯỜI GIÁM HỘ, NGƯỜI THỤ HƯỞNG ĐẠI DIỆN):	ĐỊA CHỈ:
---	----------

Chi phí nơi ở

\$	Tiền thuê/thế chấp hàng tháng
\$	Hợp đồng mua bán hoặc thuê mua
\$	Chi phí thuê chăm sóc cá nhân hoặc chăm sóc tại chỗ
\$	Chi phí bảo trì căn hộ chung cư hoặc tập thể
\$	Tiền thuê đất cho nhà di động
\$	Thuế tài sản - số tiền hàng năm
\$	Bảo hiểm chủ sở hữu nhà - số tiền hàng năm

\$	Điện thoại cơ bản
\$	Gas
\$	Điện
\$	Nhiên liệu sưởi ấm
\$	Nước
\$	Thoát nước
\$	Rác thải

Quý vị có trả tiền cho sưởi ấm và/hoặc điều hòa không khí tách biệt với tiền thuê không? ☐ Có ☐ Không

Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Tìm hiểu về quyền và trách nhiệm của quý vị:

QUYỀN KHÔNG BỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Tổ chức này nghiêm cấm mọi hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, độ tuổi, giới tính và trong một số trường hợp là tôn giáo hoặc tín ngưỡng chính trị.

Những người khuyết tật cần phương thức giao tiếp thay thế để tiếp nhận thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ, v.v.) nên liên hệ với cơ quan (cấp tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ đã nộp đơn xin trợ cấp. Những người khiếm thính, khó nghe hoặc gặp khó khăn về phát âm có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch Vụ Chuyên Tiếp Liên Bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh.

Để khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính từ Liên Bang thông qua Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), hãy gửi thư tới: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi tới số (202) 619-0403 (thư thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Tổ chức này là nơi cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN BẢO MẬT

Chúng tôi sẽ bảo mật thông tin của quý vị. Thông tin này chỉ được sử dụng để quyết định xem quý vị đủ điều kiện tham gia những chương trình nào. Khi được yêu cầu, văn phòng hỗ trợ quận (CAO) phải cung cấp cho các cán bộ thực thi pháp luật liên bang, tiểu bang và địa phương thông tin địa chỉ, số An Sinh Xã Hội (SSN) và ảnh (nếu có) của cá nhân đang bỏ trốn để tránh bị truy tố, giam giữ hoặc quản thúc vì tội hình sự hoặc vi phạm án treo hoặc tạm tha. Bất kỳ người nào cố ý vi phạm các quy tắc và quy định của bộ phận này sẽ phạm tội nhẹ và, khi bị kết án, sẽ bị phạt tiền không quá một trăm đô la (\$100), hoặc bị phạt tù không quá sáu tháng, hoặc cả hai (62 P.S. mục 4830).

QUYỀN ĐƯỢC NHẬN THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích rõ về các khoản trợ cấp của quý vị. Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, tạm ngừng hoặc chấm dứt các khoản trợ cấp, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị lời giải thích bằng văn bản về lý do. Quý vị có 30 ngày kể từ ngày nhận thông báo để yêu cầu một phiên điều trần.

QUYỀN KHÁNG CÁO

Quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần tại Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS) để kháng cáo quyết định nếu quý vị cho rằng quyết định đó không công bằng hoặc không chính xác, hoặc nếu DHS không xử lý đơn xin trợ cấp của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo tại CAO. Nếu kháng cáo, quý vị cũng có thể yêu cầu một cuộc họp giữa các bên trước khi phiên điều trần diễn ra. Tại phiên điều trần, quý vị có thể tự bào chữa cho mình, hoặc người khác, chẳng hạn như luật sư, bạn bè hoặc người thân, có thể đại diện cho quý vị.

QUYỀN KHIẾU NẠI CÓ LÝ DO CHÍNH ĐÁNG

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt hoặc Trợ Cấp Y Tế, luật yêu cầu quý vị phải hợp tác trong việc xác định quan hệ huyết thống và yêu cầu hỗ trợ. Quý vị có thể được miễn trừ khỏi các yêu cầu này nếu chứng minh được rằng việc đó có thể gây nguy hiểm cho bản thân và/hoặc con của quý vị. Đây được gọi là lý do chính đáng. Trừ khi có lý do chính đáng để được miễn trừ, quý vị sẽ phải đáp ứng các yêu cầu về việc làm và đào tạo. Quý vị cũng sẽ phải đáp ứng các yêu cầu báo cáo định kỳ sáu tháng một lần trừ khi có lý do chính đáng.

THU HỒI TÀI SẢN

Nếu quý vị trên 55 tuổi và nhận Trợ Cấp Y Tế để chi trả cho các dịch vụ tại viện dưỡng lão, dịch vụ chăm sóc tại nhà và cộng đồng theo chương trình miễn giảm, cũng như bất kỳ dịch vụ bệnh viện và thuốc kê đơn liên quan nào, quý vị sẽ phải hoàn trả chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản thừa kế của mình. Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thu Hồi Tài Sản cho Trợ Cấp Y Tế theo số 1-800-528-3708.

QUYỀN ĐƯỢC CẤP CHỨNG NHẬN VỀ THỜI GIAN BẢO HIỂM TRƯỚC ĐÓ

Luật liên bang quy định việc từ chối hoặc hạn chế bảo hiểm y tế đối với các tình trạng bệnh có sẵn chỉ được áp dụng trong những trường hợp nhất định. Nếu quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm y tế tập thể không bao gồm điều trị cho một tình trạng mà quý vị đã mắc phải từ trước, quý vị có thể được tính thời gian đã nhận bảo hiểm Trợ Cấp Y Tế. Điều này có thể giúp quý vị được bảo hiểm. Liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ để yêu cầu chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin trung thực, chính xác và đầy đủ. Quý vị phải giúp chứng minh thông tin đã cung cấp. Quý vị có thể bị từ chối hưởng trợ cấp nếu không cung cấp được một số bằng chứng nhất định. Nếu không thể cung cấp bằng chứng, quý vị nên yêu cầu CAO hỗ trợ thu thập. Nếu được DHS hoặc Văn Phòng Tổng Thanh Tra Tiểu Bang liên hệ, quý vị phải hợp tác đầy đủ với những cán bộ hoặc chuyên viên điều tra đó. Nếu quý vị trên 55 tuổi và nhận Trợ Cấp Y Tế để chi trả cho các dịch vụ tại viện dưỡng lão, dịch vụ chăm sóc tại nhà và cộng đồng theo chương trình miễn giảm, cũng như bất kỳ dịch vụ bệnh viện và thuốc kê đơn liên quan nào, quý vị sẽ phải hoàn trả chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản thừa kế của mình. Nếu quý vị đang xin trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị ký một thỏa thuận hoàn trả các khoản trợ cấp mà quý vị, vợ/chồng và con cái của quý vị đã nhận được.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ AN SINH XÃ HỘI

Đối với các phúc lợi Trợ Cấp Y Tế, quý vị phải cung cấp SSN cho mỗi người mà quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp. Nếu chưa có SSN, quý vị phải làm thủ tục xin cấp. Việc không cung cấp SSN có thể dẫn đến không được nhận trợ cấp. Nếu đã kết hôn, quý vị có thể lựa chọn cung cấp SSN của vợ/chồng mình nếu vợ/chồng của quý vị không nộp đơn. SSN đã cung cấp sẽ được sử dụng để xác minh danh tính, đối chiếu dữ liệu thu nhập và nguồn lực trên máy tính, đồng thời ngăn chặn việc hưởng trùng lặp các phúc lợi của tiểu bang và liên bang. Việc cung cấp SSN có thể giúp giảm thời gian xử lý các khoản trợ cấp. Người không phải công dân chỉ xin Trợ Cấp Y Tế khẩn cấp thì không cần cung cấp SSN.

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS MỘT CÁCH HỢP PHÁP

Khi đủ điều kiện nhận trợ cấp, quý vị sẽ được cấp thẻ PA ACCESS. Thẻ này chỉ dành cho người đủ điều kiện và chỉ sử dụng trong thời gian quy định. Quý vị chỉ được sử dụng thẻ này cho các dịch vụ cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI

Nếu đủ điều kiện nhận trợ cấp, quý vị sẽ phải báo cáo những thay đổi về hoàn cảnh của mình cho nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng. Các loại thay đổi được báo cáo bao gồm việc có người rời đi hoặc chuyển đến nhà mới, địa chỉ mới, ai đó có công việc mới, ai đó mất việc, sinh con, nguồn thu nhập mới hoặc thay đổi thu nhập, tiền thắng xổ số và cờ bạc. Nhân viên phụ trách hồ sơ và các thông báo mà quý vị nhận được sẽ nêu rõ chi tiết dựa trên các chương trình và trợ cấp mà quý vị đủ điều kiện nhận được. Việc không báo cáo những thay đổi cần thiết theo hướng dẫn của chương trình có thể dẫn đến mất trợ cấp, bị xử phạt hoặc bị truy tố dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho CAO trực tiếp, qua điện thoại, fax, thư hoặc qua tài khoản MyCOMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo các thay đổi cho Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng theo số 1-877-395-8930, hoặc đối với Philadelphia, theo số 1-215-560-7226 bất cứ lúc nào.

Hiểu Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Khi tôi ký vào mẫu đơn này:

- Tôi hiểu rằng Pennsylvania sẽ nhận thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Thu Nhập (IEVS), tổ chức tài chính, cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng và các cơ quan tiểu bang và liên bang để xác minh thông tin mà tôi cung cấp cho họ. Thông tin có sẵn thông qua IEVS và các tổ chức khác sẽ được yêu cầu, sử dụng và có thể được xác minh thông qua người liên hệ phía bên liên quan khi cơ quan Tiểu Bang tìm thấy các chi tiết mâu thuẫn và thông tin đó có thể ảnh hưởng đến tình trạng đủ điều kiện cũng như mức phúc lợi cho họ gia đình của tôi.
- Tôi hiểu rằng bằng việc ký vào đơn này, tôi cho phép các tổ chức tài chính tiết lộ, thông qua phương tiện điện tử hoặc các phương tiện khác, tất cả thông tin tài chính mà tổ chức đó nắm giữ, cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc đại lý hoặc nhà thầu được chỉ định của Sở nhằm mục đích xác định và xác minh nguồn trợ giúp (còn được gọi là "tài sản") khi cần thiết để xác định và xác định lại điều kiện được hưởng Trợ Cấp Y Tế. Tôi hiểu rằng thông tin tài chính bao gồm tiền gửi, rút tiền, đóng tài khoản và các thông tin liên quan khác được yêu cầu hoặc nhận được từ tổ chức tài chính, bao gồm các giao dịch khác do tổ chức tài chính thực hiện đối với tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi tình trạng đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định thu hồi bằng cách thông báo bằng văn bản cho Sở, tùy theo điều kiện nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi sự cho phép này, điều đó có thể khiến tôi hoặc gia đình tôi không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi khai báo sai sự thật, che giấu hoặc không thừa nhận những thông tin có thể ảnh hưởng đến quyền được hưởng trợ cấp của tôi, tôi có thể bị yêu cầu hoàn trả trợ cấp và có thể bị truy tố cũng như bị tước quyền nhận một số trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định người đại diện hoặc người được ủy quyền bằng cách điền vào phần Người Đại Diện hoặc Luật Sư Được Ủy Quyền .
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi phải chịu trách nhiệm về bất kỳ tuyên bố gian dối nào được đưa ra trong đơn đăng ký này, ngay cả khi đơn đăng ký được nộp bởi người khác thay mặt tôi.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ người nào được hưởng lợi từ việc chuyển nhượng tài sản hoặc thu nhập, điều mà lẽ ra sẽ ảnh hưởng đến tình trạng đủ điều kiện của tôi, sẽ phải chịu trách nhiệm hoàn trả những khoản trợ cấp đã được cấp không chính xác.
- Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền và trách nhiệm của mình, đã đọc hoặc được ai đó đọc cho tôi nghe và tôi hiểu rõ các thông tin này.
- Tôi hiểu rằng thông tin được nhập vào đơn đăng ký này sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng để quản lý các quyền lợi. Tôi cho phép tiết lộ thông tin cá nhân, tài chính và y tế nhằm mục đích xác định tình trạng đủ điều kiện của tôi.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào cần báo cáo phải được thực hiện trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi diễn ra.
- Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm báo cáo các khoản tiền trúng xổ số và cờ bạc.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích về các quyền lợi. Nếu quyền lợi bị từ chối, thay đổi, tạm ngừng hoặc chấm dứt, thông báo bằng văn bản sẽ giải thích lý do.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ có 30 ngày kể từ ngày nhận được thông báo để yêu cầu một phiên điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định được đưa ra về đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu rằng tình trạng của tôi cần được xác minh từ phía chủ lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người nộp đơn phải cung cấp số An Sinh Xã Hội của mình hoặc đăng ký để lấy số này nếu chưa có. Số này có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin trên đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ được sử dụng thẻ PA ACCESS trong thời gian tôi đủ điều kiện. Tôi chỉ được sử dụng thẻ PA ACCESS cho người đủ điều kiện cũng như chỉ nhận các trợ cấp cần thiết và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất kỳ ai không nộp đơn xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ, thông tin này có thể được sử dụng để kiểm tra các thông tin trong đơn đăng ký này. Việc cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ có thể giúp tôi tối đa hóa quyền lợi và rút ngắn thời gian nhận trợ cấp.

X

Chữ Ký của Người Nộp Đơn hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền

X

Chữ ký của Vợ/Chồng của Người Nộp Đơn hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Ngày

LƯU Ý: Nếu hộ gia đình của quý vị đủ điều kiện nhận SNAP/LIHEAP, quý vị có thể nhận được một mẫu đơn xin chấp thuận theo Quy Trình Cấp Tốc qua đường bưu điện, cho phép quý vị và các thành viên trong hộ gia đình của quý vị được tự động ghi danh vào chương trình Trợ Cấp Y Tế.

Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền	Địa chỉ của Người Đại Diện Được Ủy Quyền	Số điện thoại

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG HỖ TRỢ QUẬN	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.	
	CAO Signature	Date

VUI LÒNG KÝ TÊN VÀ GHI NGÀY VÀO ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY, ĐỒNG THỜI ĐÍNH KÈM CÁC TÀI LIỆU CẦN THIẾT

- Tôi cam đoan rằng tất cả thông tin đã cung cấp là đúng sự thật và chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận giấy chứng nhận thời gian tham gia bảo hiểm y tế hợp lệ để xác nhận phạm vi bảo hiểm y tế của mình. Luật liên bang quy định việc từ chối hoặc hạn chế bảo hiểm y tế đối với các tình trạng bệnh có sẵn chỉ được áp dụng trong những trường hợp nhất định. Nếu tôi tham gia một chương trình bảo hiểm y tế tập thể có điều khoản về tình trạng bệnh có sẵn từ trước, tôi có thể được tính thời gian đã nhận Trợ Cấp Y Tế trước đó.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được tham gia gói bảo hiểm y tế toàn diện nhất mà tôi có thể nhận. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải tham gia một chương trình bảo hiểm y tế. Tôi hiểu rằng việc ghi danh vào một chương trình bảo hiểm y tế có thể miễn chi phí hoặc chi phí thấp dành cho tôi, bởi vì Sở trả phí hàng tháng cho chương trình bảo hiểm y tế cho tôi. Tôi hiểu rằng chi phí hàng tháng là hội phí. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được Trợ Cấp Y Tế mà tôi không đủ điều kiện, do nhầm lẫn, gian lận hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả cho Sở tất cả các khoản phí hàng tháng đã thanh toán thay cho tôi.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi đủ điều kiện cho nhiều hơn một loại Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được xếp vào loại Trợ Cấp Y Tế có lợi nhất dành cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có quyền lựa chọn loại Trợ Cấp Y Tế mà mình nhận được và tôi có thể yêu cầu chuyển sang loại trợ cấp khác nếu tôi đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể được xác định đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế với khoản phí bảo hiểm hàng tháng.
- Tôi hiểu rằng tiểu bang có quyền xem xét tất cả hồ sơ về dịch vụ y tế được chi trả bởi chương trình Trợ Cấp Y Tế. Việc thanh toán dịch vụ sẽ được thực hiện trực tiếp cho nhà cung cấp, không phải cho tôi. Điều này bao gồm cả các khoản thanh toán từ Medicare.
- Tôi trao cho tiểu bang quyền yêu cầu thanh toán, có hoặc không cần hành động pháp lý, từ bảo hiểm y tế tư nhân hoặc công lập hoặc bên thứ ba chịu trách nhiệm. Số tiền được ghi nhận sẽ không vượt quá số tiền được chi trả bởi chương trình Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu văn phòng hỗ trợ quận (CAO) trợ giúp trong việc thu thập bằng chứng về các khoản chi phí và CAO có thể liên hệ với những người khác để xác nhận nếu tôi gặp khó khăn trong việc thu thập bằng chứng về bất cứ điều gì.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả người nộp đơn không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế thông qua Sở, họ có thể đủ điều kiện nhận trợ cấp liên bang và/hoặc tìm hiểu các lựa chọn chăm sóc sức khỏe tư nhân thông qua Sàn Giao Dịch Bảo Hiểm Y Tế của Pennsylvania (Pennie). Trong trường hợp đó, tôi ủy quyền cho Sở Dịch vụ Nhân sinh chuyển tên và thông tin cá nhân của tôi trong đơn đăng ký này sang Pennie.
- Gia hạn bảo hiểm trong những năm tới: Để thuận tiện hơn cho việc xác định tình trạng đủ điều kiện của tôi trong những năm tới, tôi đồng ý cho phép Sàn Giao Dịch Bảo Hiểm Y Tế của Pennsylvania (Pennie) sử dụng dữ liệu thu nhập của tôi, bao gồm cả thông tin từ tờ khai thuế. Pennie sẽ gửi cho tôi một thông báo, cho phép tôi thực hiện các thay đổi và tôi có thể chọn không nhận thông báo bất cứ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tình trạng đủ điều kiện của tôi cho kỳ tiếp theo: (Chọn một phương án):

- ☐ 5 năm (số năm tôi đã được phép)
- ☐ 4 năm
- ☐ 3 năm
- ☐ 2 năm
- ☐ 1 năm
- ☐ Không sử dụng thông tin từ tờ khai thuế của tôi để gia hạn bảo hiểm.

Bản tuyên thệ

Tôi xác nhận, trước các quy định của pháp luật, rằng thông tin tôi cung cấp là đúng, chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đã đọc toàn bộ mẫu đơn này hoặc người khác đã đọc cho tôi và tôi hiểu các câu hỏi đã hỏi. Tôi đã nhận được một bản sao và đã đọc, hoặc người khác đã đọc cho tôi, các quyền và trách nhiệm của mình, và tôi hiểu nội dung của chúng.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN

NGÀY

NHẬN DẠNG ĐƯỢC XÁC MINH

MỐI QUAN HỆ VỚI NGƯỜI NỘP ĐƠN

ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN

THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ VÙNG +4

SỐ ĐIỆN THOẠI

NGƯỜI LÀM CHỨNG (NẾU KÝ BẰNG CHỮ X Ở TRÊN)

NGÀY

ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG

THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ VÙNG +4

SỐ ĐIỆN THOẠI

CHỮ KÝ CỦA NHÀ CUNG CẤP (NẾU DO NHÀ CUNG CẤP NỘP)

NGÀY

☐ Phỏng vấn trực tiếp với: _____

☐ Phỏng vấn qua điện thoại với: _____

CÁN BỘ VP HỖ TRỢ HẠT HOẶC TÙY CHỌN

NGÀY

☐ Miễn phỏng vấn

Người đại diện hoặc Người được ủy quyền

Vui lòng điền đầy đủ nếu quý vị có người đại diện hoặc người được ủy quyền. Bản sao thông báo sẽ được gửi cho người có tên.

HỌ, TÊN, TÊN ĐỆM VIẾT TẮT:

MỐI QUAN HỆ VỚI NGƯỜI NỘP ĐƠN:

☐ NGƯỜI ĐẠI DIỆN

☐ NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN

ĐỊA CHỈ:

THÀNH PHỐ:

TIỂU
BANG:

MÃ VÙNG:

SỐ ĐIỆN THOẠI:

Tôi muốn rút đơn:

CHỮ KÝ

NGÀY

Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Tìm hiểu về các quyền và trách nhiệm của quý vị:

QUYỀN KHÔNG BỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Tổ chức này nghiêm cấm mọi hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, độ tuổi, giới tính và trong một số trường hợp là tôn giáo hoặc tín ngưỡng chính trị.

Những người khuyết tật cần phương thức giao tiếp thay thế để tiếp nhận thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ, v.v.) nên liên hệ với cơ quan (cấp tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ đã nộp đơn xin trợ cấp. Những người khiếm thính, khó nghe hoặc gặp khó khăn về phát âm có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch Vụ Chuyển Tiếp Liên Bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh.

Để khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính từ Liên Bang thông qua Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (HHS), hãy gửi thư tới: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi tới số (202) 619-0403 (thư thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Tổ chức này là nơi cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN BẢO MẬT

Chúng tôi sẽ bảo mật thông tin của quý vị. Thông tin này chỉ được sử dụng để quyết định xem quý vị đủ điều kiện tham gia những chương trình nào. Khi được yêu cầu, văn phòng hỗ trợ quận (CAO) phải cung cấp cho các cán bộ thực thi pháp luật liên bang, tiểu bang và địa phương thông tin địa chỉ, số An Sinh Xã Hội (SSN) và ảnh (nếu có) của cá nhân đang bỏ trốn để tránh bị truy tố, giam giữ hoặc quản thúc vì tội hình sự hoặc vi phạm án treo hoặc tạm tha. Bất kỳ người nào cố ý vi phạm các quy tắc và quy định của bộ phận này sẽ phạm tội nhẹ và khi bị kết án sẽ bị phạt tiền không quá một trăm đô la (\$100), hoặc bị phạt tù không quá sáu tháng, hoặc cả hai (62 P.S. mục 483).

QUYỀN ĐƯỢC NHẬN THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo bằng văn bản giải thích rõ về các khoản trợ cấp. Nếu chúng tôi từ chối, thay đổi, tạm ngừng hoặc chấm dứt các khoản trợ cấp, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị lời giải thích bằng văn bản về lý do. Quý vị có 30 ngày kể từ ngày nhận thông báo để yêu cầu một phiên điều trần.

QUYỀN KHÁNG CÁO

Quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần tại Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS) để kháng cáo quyết định nếu quý vị cho rằng quyết định đó không công bằng hoặc không chính xác, hoặc nếu DHS không xử lý đơn xin trợ cấp của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo tại CAO. Nếu kháng cáo, quý vị cũng có thể yêu cầu một cuộc họp giữa các bên trước khi phiên điều trần diễn ra. Tại phiên điều trần, quý vị có thể tự bào chữa cho mình, hoặc người khác, chẳng hạn như luật sư, bạn bè hoặc người thân, có thể đại diện cho quý vị.

QUYỀN KHIẾU NẠI CÓ LÝ DO CHÍNH ĐÁNG

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt hoặc Trợ Cấp Y Tế, luật yêu cầu quý vị phải hợp tác trong việc xác định quan hệ huyết thống và yêu cầu hỗ trợ. Quý vị có thể được miễn trừ khỏi các yêu cầu này nếu chứng minh được rằng việc đó có thể gây nguy hiểm cho bản thân và/hoặc con của quý vị. Đây được gọi là lý do chính đáng. Trừ khi có lý do chính đáng để được miễn trừ, quý vị sẽ phải đáp ứng các yêu cầu về việc làm và đào tạo. Quý vị cũng sẽ phải đáp ứng các yêu cầu báo cáo định kỳ sáu tháng một lần trừ khi có lý do chính đáng.

THU HỒI TÀI SẢN

Nếu quý vị trên 55 tuổi và nhận Trợ Cấp Y Tế để chi trả cho các dịch vụ tại viện dưỡng lão, dịch vụ chăm sóc tại nhà và cộng đồng theo chương trình miễn giảm, cũng như bất kỳ dịch vụ bệnh viện và thuốc kê đơn liên quan nào, quý vị sẽ phải hoàn trả chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản thừa kế của mình. Quý vị có thể gọi cho Chương Trình Thu Hồi Tài Sản cho Trợ Cấp Y Tế theo số 1-800-528-3708.

QUYỀN ĐƯỢC CẤP CHỨNG NHẬN VỀ THỜI GIAN BẢO HIỂM TRƯỚC ĐÓ

Luật liên bang quy định việc từ chối hoặc hạn chế bảo hiểm y tế đối với các tình trạng bệnh có sẵn chỉ được áp dụng trong những trường hợp nhất định. Nếu quý vị tham gia một chương trình bảo hiểm y tế tập thể không bao gồm điều trị cho một tình trạng mà quý vị đã mắc phải từ trước, quý vị có thể được tính thời gian đã nhận bảo hiểm Trợ Cấp Y Tế. Điều này có thể giúp quý vị được bảo hiểm. Liên hệ với nhân viên phụ trách hồ sơ để yêu cầu chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin trung thực, chính xác và đầy đủ. Quý vị phải giúp chứng minh thông tin đã cung cấp. Quý vị có thể bị từ chối hưởng trợ cấp nếu không cung cấp được một số bằng chứng nhất định. Nếu không thể cung cấp bằng chứng, quý vị nên yêu cầu CAO hỗ trợ thu thập. Nếu được DHS hoặc Văn Phòng Tổng Thanh Tra Tiểu Bang liên hệ, quý vị phải hợp tác đầy đủ với những cán bộ hoặc chuyên viên điều tra đó. Nếu quý vị trên 55 tuổi và nhận Trợ Cấp Y Tế để chi trả cho các dịch vụ tại viện dưỡng lão, dịch vụ chăm sóc tại nhà và cộng đồng theo chương trình miễn giảm, cũng như bất kỳ dịch vụ bệnh viện và thuốc kê đơn liên quan nào, quý vị sẽ phải hoàn trả chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản thừa kế của mình. Nếu quý vị đang xin trợ cấp tiền mặt, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị một thỏa thuận hoàn trả các khoản trợ cấp mà quý vị, vợ/chồng và con cái của quý vị đã nhận được.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ AN SINH XÃ HỘI

Đối với các phúc lợi Trợ Cấp Y Tế, quý vị phải cung cấp SSN cho mỗi người mà quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp. Nếu chưa có SSN, quý vị phải làm thủ tục xin cấp. Việc không cung cấp SSN có thể dẫn đến không được nhận trợ cấp. Nếu đã kết hôn, quý vị có thể lựa chọn cung cấp SSN của vợ/chồng mình nếu vợ/chồng của quý vị không nộp đơn. SSN đã cung cấp sẽ được sử dụng để xác minh danh tính, đối chiếu dữ liệu thu nhập và nguồn lực trên máy tính, đồng thời ngăn chặn việc hưởng trùng lặp các phúc lợi của tiểu bang và liên bang. Việc cung cấp SSN có thể giúp giảm thời gian xử lý các khoản trợ cấp. Người không phải công dân chỉ xin Trợ Cấp Y Tế khẩn cấp thì không cần cung cấp SSN.

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS MỘT CÁCH HỢP PHÁP

Khi đủ điều kiện nhận trợ cấp, quý vị sẽ được cấp thẻ PA ACCESS. Thẻ này chỉ dành cho người đủ điều kiện và chỉ sử dụng trong thời gian quy định. Quý vị chỉ được sử dụng thẻ này cho các dịch vụ cần thiết và hợp lý.

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI

Nếu đủ điều kiện nhận trợ cấp, quý vị sẽ phải báo cáo những thay đổi về hoàn cảnh của mình cho nhân viên phụ trách hồ sơ hoặc Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng. Các loại thay đổi được báo cáo bao gồm việc có người rời đi hoặc chuyển đến nhà mới, địa chỉ mới, ai đó có công việc mới, ai đó mất việc, sinh con, nguồn thu nhập mới hoặc thay đổi thu nhập, tiền thắng xổ số và cờ bạc. Nhân viên phụ trách hồ sơ và các thông báo mà quý vị nhận được sẽ nêu rõ chi tiết dựa trên các chương trình và trợ cấp mà quý vị đủ điều kiện nhận được. Việc không báo cáo những thay đổi cần thiết theo hướng dẫn của chương trình có thể dẫn đến mất trợ cấp, bị xử phạt hoặc bị truy tố dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho CAO trực tiếp, qua điện thoại, fax, thư hoặc qua tài khoản MyCOMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo các thay đổi cho Trung Tâm Chăm Sóc Khách Hàng theo số 1-877-395-8930, hoặc đối với Philadelphia, theo số 1-215-560-7226 bất cứ lúc nào.

Hiểu Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Khi tôi ký vào mẫu đơn này:

- Tôi hiểu rằng Pennsylvania sẽ nhận thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Thu Nhập (IEVS), tổ chức tài chính, cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng và các cơ quan tiểu bang và liên bang để xác minh thông tin mà tôi cung cấp cho họ. Thông tin có sẵn thông qua IEVS và các tổ chức khác sẽ được yêu cầu, sử dụng và có thể được xác minh thông qua người liên hệ phía bên liên quan khi cơ quan Tiểu Bang tìm thấy các chi tiết mâu thuẫn và thông tin đó có thể ảnh hưởng đến tình trạng đủ điều kiện cũng như mức phúc lợi cho hộ gia đình của tôi.
- Tôi hiểu rằng bằng việc ký vào đơn này, tôi cho phép các tổ chức tài chính tiết lộ, thông qua phương tiện điện tử hoặc các phương tiện khác, tất cả thông tin tài chính mà tổ chức đó nắm giữ, cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc đại lý hoặc nhà thầu được chỉ định của Sở nhằm mục đích xác định và xác minh nguồn trợ giúp (còn được gọi là "tài sản") khi cần thiết để xác định và xác định lại điều kiện được hưởng Trợ Cấp Y Tế. Tôi hiểu rằng thông tin tài chính bao gồm tiền gửi, rút tiền, đóng tài khoản và các thông tin liên quan khác được yêu cầu hoặc nhận được từ tổ chức tài chính, bao gồm các giao dịch khác do tổ chức tài chính thực hiện đối với tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi tình trạng đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định thu hồi bằng cách thông báo bằng văn bản cho Sở, tùy theo điều kiện nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi sự cho phép này, điều đó có thể khiến tôi hoặc gia đình tôi không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi khai báo sai sự thật, che giấu hoặc không thừa nhận những thông tin có thể ảnh hưởng đến quyền được hưởng trợ cấp của tôi, tôi có thể bị yêu cầu hoàn trả trợ cấp và có thể bị truy tố cũng như bị tước quyền nhận một số trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định người đại diện hoặc người được ủy quyền bằng cách điền vào phần Người Đại Diện hoặc Luật Sư Được Ủy Quyền.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi phải chịu trách nhiệm về bất kỳ tuyên bố gian dối nào được đưa ra trong đơn đăng ký này, ngay cả khi đơn đăng ký được nộp bởi người khác thay mặt tôi.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ người nào được hưởng lợi từ việc chuyển nhượng tài sản hoặc thu nhập, điều mà lẽ ra sẽ ảnh hưởng đến tình trạng đủ điều kiện của tôi, sẽ phải chịu trách nhiệm hoàn trả những khoản trợ cấp đã được cấp không chính xác.
- Tôi đã nhận được một bản sao về các quyền và trách nhiệm của mình, đã đọc hoặc được ai đó đọc cho tôi nghe và tôi hiểu rõ các thông tin này.
- Tôi hiểu rằng thông tin được nhập vào đơn đăng ký này sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng để quản lý các quyền lợi. Tôi cho phép tiết lộ thông tin cá nhân, tài chính và y tế nhằm mục đích xác định tình trạng đủ điều kiện của tôi.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào cần báo cáo phải được thực hiện trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi diễn ra.
- Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm báo cáo các khoản tiền trúng xổ số và cờ bạc.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích về các quyền lợi. Nếu quyền lợi bị từ chối, thay đổi, tạm ngừng hoặc chấm dứt, thông báo bằng văn bản sẽ giải thích lý do.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ có 30 ngày kể từ ngày nhận được thông báo để yêu cầu một phiên điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định được đưa ra về đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu rằng tình trạng của tôi cần được xác minh từ phía chủ lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người nộp đơn phải cung cấp số An Sinh Xã Hội của mình hoặc đăng ký để lấy số này nếu chưa có. Số này có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin trên đơn đăng ký này.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ được sử dụng thẻ PAACCESS trong thời gian tôi đủ điều kiện. Tôi chỉ được sử dụng thẻ PAACCESS cho người đủ điều kiện cũng như chỉ nhận các trợ cấp cần thiết và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất kỳ ai không nộp đơn xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ, thông tin này có thể được sử dụng để kiểm tra các thông tin trong đơn đăng ký này. Việc cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ có thể giúp tôi tối đa hóa quyền lợi và rút ngắn thời gian nhận trợ cấp.

- Tôi cam đoan rằng tất cả thông tin đã cung cấp là đúng sự thật và chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận giấy chứng nhận thời gian tham gia bảo hiểm y tế hợp lệ để xác nhận phạm vi bảo hiểm y tế của mình. Luật liên bang quy định việc từ chối hoặc hạn chế bảo hiểm y tế đối với các tình trạng bệnh có sẵn chỉ được áp dụng trong những trường hợp nhất định. Nếu tôi tham gia một chương trình bảo hiểm y tế tập thể có điều khoản về tình trạng bệnh có sẵn từ trước, tôi có thể được tính thời gian đã nhận Trợ Cấp Y Tế trước đó.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được tham gia gói bảo hiểm y tế toàn diện nhất mà tôi có thể nhận. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải tham gia một chương trình bảo hiểm y tế. Tôi hiểu rằng việc ghi danh vào một chương trình bảo hiểm y tế có thể miễn chi phí hoặc chi phí thấp dành cho tôi, bởi vì Sở trả phí hàng tháng cho chương trình bảo hiểm y tế cho tôi. Tôi hiểu rằng chi phí hàng tháng là hội phí. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được Trợ Cấp Y Tế mà tôi không đủ điều kiện, do nhầm lẫn, gian lận hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả cho Sở tất cả các khoản phí hàng tháng đã thanh toán thay cho tôi.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi đủ điều kiện cho nhiều hơn một loại Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được xếp vào loại Trợ Cấp Y Tế có lợi nhất dành cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có quyền lựa chọn loại Trợ Cấp Y Tế mà mình nhận được và tôi có thể yêu cầu chuyển sang loại trợ cấp khác nếu tôi đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể được xác định đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế với khoản phí bảo hiểm hàng tháng.
- Tôi hiểu rằng tiểu bang có quyền xem xét tất cả hồ sơ về dịch vụ y tế được chi trả bởi chương trình Trợ Cấp Y Tế. Việc thanh toán dịch vụ sẽ được thực hiện trực tiếp cho nhà cung cấp, không phải cho tôi. Điều này bao gồm cả các khoản thanh toán từ Medicare.
- Tôi trao cho tiểu bang quyền yêu cầu thanh toán, có hoặc không cần hành động pháp lý, từ bảo hiểm y tế tư nhân hoặc công lập hoặc bên thứ ba chịu trách nhiệm. Số tiền được ghi nhận sẽ không vượt quá số tiền được chi trả bởi chương trình Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu văn phòng hỗ trợ quận (CAO) trợ giúp trong việc thu thập bằng chứng về các khoản chi phí và CAO có thể liên hệ với những người khác để xác nhận nếu tôi gặp khó khăn trong việc thu thập bằng chứng về bất cứ điều gì.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả người nộp đơn không đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế thông qua Sở, họ có thể đủ điều kiện nhận trợ cấp liên bang và/hoặc tìm hiểu các lựa chọn chăm sóc sức khỏe tư nhân thông qua Sàn Giao Dịch Bảo Hiểm Y Tế của Pennsylvania (Pennie). Trong trường hợp đó, tôi ủy quyền cho Sở Dịch vụ Nhân sinh chuyển tên và thông tin cá nhân của tôi trong đơn đăng ký này sang Pennie.
- Gia hạn bảo hiểm trong những năm tới: Để thuận tiện hơn cho việc xác định tình trạng đủ điều kiện của tôi trong những năm tới, tôi đồng ý cho phép Sàn Giao Dịch Bảo Hiểm Y Tế của Pennsylvania (Pennie) sử dụng dữ liệu thu nhập của tôi, bao gồm cả thông tin từ tờ khai thuế. Pennie sẽ gửi cho tôi một thông báo, cho phép tôi thực hiện các thay đổi và tôi có thể chọn không nhận thông báo bất cứ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tình trạng đủ điều kiện của tôi cho kỳ tiếp theo: (Chọn một phương án):

- ☐ 5 năm (số năm tối đa được phép)
- ☐ 4 năm
- ☐ 3 năm
- ☐ 2 năm
- ☐ 1 năm
- ☐ Không sử dụng thông tin từ tờ khai thuế của tôi để gia hạn bảo hiểm.