



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Đơn xét điều kiện tài chính để nhận trợ cấp y tế (Medicaid) chăm sóc, hỗ trợ và dịch vụ dài hạn

Chọn các ô quý vị muốn nộp cho:

- ☐ Chăm sóc tại một cơ sở
- ☐ Dịch vụ miễn trừ tại nhà và cộng đồng - Loại/tên miễn trừ/dịch vụ: _____
- ☐ Khác: _____

- Vui lòng đọc toàn bộ mẫu đơn.
- Điền thông tin được yêu cầu vào các phần không bôi đen.
- Nếu quý vị cần giúp đỡ, một người khác có thể giúp quý vị hoặc quý vị có thể nhận sự giúp đỡ từ văn phòng hỗ trợ của hạt.
- Vui lòng xem lại các thông tin được in sẵn trong đơn này. Nếu thông tin này không chính xác hoặc đã thay đổi, hãy xoá đi và cung cấp thông tin cập nhật. Vui lòng xem lại tất cả các câu hỏi không có câu trả lời được in sẵn và cung cấp câu trả lời trừ khi hướng dẫn cho quý vị biết rằng quý vị có thể chọn không trả lời.

Quý vị hoặc bất kỳ người đại diện nào mà quý vị lựa chọn có thể hoàn thành mẫu đơn này. Người đại diện của quý vị có thể là vợ/chồng, bạn bè, người thân, người được ủy quyền, hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế. Người đó nên là người biết rõ và có thể cung cấp thông tin về thu nhập và các tài sản của quý vị. Nếu quý vị đã kết hôn, thông tin trong một số phần phải được cả quý vị và vợ/chồng quý vị hoàn thành.

Sau khi hoàn thành mẫu đơn, vui lòng mang nó, nhờ ai mang nó hoặc gửi nó bằng thư đến văn phòng hỗ trợ của hạt trừ khi quý vị được hướng dẫn làm khác. Văn phòng hỗ trợ của hạt sẽ cho quý vị biết có cần phải phỏng vấn hay không. Quý vị sẽ cần bằng

chứng về danh tính và xác minh cho các thông tin khác trong mẫu đơn trừ khi chúng tôi đã có thông tin trong hồ sơ của chúng tôi. Nếu quý vị cần giúp đỡ để có được bất kỳ thông tin nào, vui lòng yêu cầu văn phòng hỗ trợ của hạt giúp đỡ. Quý vị cần phải đính kèm các giấy tờ xác minh vào đơn này.

Những người đã cho đi tài sản (thu nhập hoặc nguồn lực) trong vòng 60 tháng qua, hoặc thiết lập hay chuyển tài sản cho một công ty ủy thác trong vòng 60 tháng trước khi nộp Đơn xin trợ cấp y tế về chăm sóc, hỗ trợ và dịch vụ dài hạn có thể không đủ điều kiện để nhận trợ cấp. Vì yêu cầu này, quý vị có thể cần phải cung cấp giấy tờ xác minh tài sản sở hữu trong 60 tháng qua mặc dù quý vị có thể không còn sở hữu chúng nữa. Chúng tôi sẽ sử dụng số thẻ an sinh xã hội của quý vị để nhận thông tin về tài sản của quý vị trong vòng 60 tháng trước khi quý vị nộp đơn.

Nếu thông tin đầy đủ và quý vị đã cung cấp các xác minh cần thiết (cùng với đơn này, nếu có thể), văn phòng hỗ trợ của hạt sẽ thông báo cho quý vị biết, trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được đơn của quý vị, nếu quý vị đủ điều kiện, không đủ điều kiện hoặc nếu cần bổ sung 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.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Bạn cũng có thể nộp đơn trực tuyến tại: www.compass.state.pa.us.

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

Quý vị thích dùng ngôn ngữ nào hơn? ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Khác (nếu rõ) _____
Quý vị có cần phiên dịch không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, ngôn ngữ gì? _____

Vui lòng hoàn thành tất cả các thông tin trong phần này cho quý vị, người nộp đơn.
Hãy cho chúng tôi biết về quý vị. 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 (BAO GỒM TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ, PHẦN ĐUÔI - JR./SR./VV...):	SỐ THẺ AN SINH XÃ HỘI:	NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM):	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 BẠN CHỌN GÓA BỤA, NGÀY VỢ/CHỒNG CHẾT LÀ NGÀY NÀO?	NẾU BẠN CHỌN LY THÂN, NGÀY BẮT ĐẦU LY THÂN LÀ NGÀY NÀO? TÊN 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 MỘT CƠ SỞ, DÙNG ĐỊA CHỈ CỦA CƠ SỞ):	SỐ ĐIỆN THOẠI:	NGÀY CHUYỂN ĐẾN ĐỊA CHỈ NÀY:
QUẬN/HUYỆN:	HỌC KHU:	ĐỊA CHỈ TRƯỚC ĐÂY (NẾU Ở MỘT CƠ SỞ, GHI ĐỊA CHỈ NHÀ CỦA QUÝ VỊ. NẾU ĐÃ KẾT HÔN, GHI ĐỊA CHỈ NHÀ CHỒNG/VỢ):

QUÝ VỊ ĐÃ TỪNG NỘP ĐƠN XIN HOẶC NHẬN ĐƯỢC TIỀN HAY BẢO TRỢ Y TẾ HOẶC TỪNG THAM GIA VÀO CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ DINH DƯỠNG BỔ SUNG (SNAP), TRƯỚC ĐÂY LÀ CHƯƠNG TRÌNH TEM PHIẾU THỰC PHẨM TẠI HẠT KHÁC Ở PENNSYLVANIA HOẶC Ở BANG KHÁC CHƯA? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NẾU CÓ, BANG NÀO? HẠT NÀO?	TRONG BAO LÂU? SỐ HỒ SƠ:
TRƯỚC ĐÂY QUÝ VỊ ĐÃ TỪNG SỐNG TRONG MỘT CƠ SỞ ĐIỀU DƯỠNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NẾU CÓ, GHI TÊN:	ĐỊA CHỈ:
		NGÀY:

QUÝ VỊ LÀ CÔNG DÂN HAY CÓ QUỐC TỊCH MỸ KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	Nếu không phải là công dân hoặc có quốc tịch Mỹ, hãy trả lời các câu hỏi sau:				
QUÝ VỊ CÓ TÌNH TRẠNG NHẬP CƯ ĐỦ ĐIỀU KIỆN KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NẾU CÓ, HÃY GHI LOẠI VÀ SỐ ĐĂNG KÝ CỦA GIẤY TỜ:	LOẠI GIẤY TỜ:	SỐ ĐĂNG KÝ GIẤY TỜ:	SỐ ĐĂNG KÝ NGƯỜI NƯỚC NGOÀI:	
QUÝ VỊ CÓ SỐNG Ở MỸ TỪ TRƯỚC NĂM 1996 KHÔNG? ☐ CÓ ☐ KHÔNG	NƯỚC ĐẾN TỪ:				
NẾU CÓ NGƯỜI TÀI TRỢ, TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI TÀI TRỢ:					
Ký họ tên để tuyên bố tình trạng công dân hoặc người nước ngoài của quý vị như lời khai 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. Bỏ 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 Đọc về quyền và trách nhiệm của quý vị:

QUYỀN KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, khuyết tật, tuổi tác, giới tính và trong một số trường hợp là tôn giáo hoặc quan điểm chính trị.

Những người khuyết tật cần các phương tiện truyền đạt thay thế cho thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi, chữ in lớn, băng ghi âm, ngôn ngữ ký hiệu Mỹ...) cần liên hệ với Cơ quan (tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin trợ cấp. Những người bị điếc, lăng tai hoặc khiếm thính có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch vụ Tiếp âm 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 nộp đơn khiếu nại về sự phân biệt đối xử đối với một chương trình tiếp nhận hỗ trợ tài chính của Liên bang thông qua Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS), hãy gửi đến: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi đến (202) 619-0403 (giọng nói) hay (800) 537-7697 (TTY).

Cơ quan này là một nhà cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN ĐƯỢC GIỮ BẢO MẬT

Chúng tôi sẽ giữ bảo mật thông tin của quý vị. Nó chỉ được sử dụng để quyết định quý vị đủ điều kiện đối với chương trình nào. Văn phòng hỗ trợ của hạt (CAO), theo yêu cầu, phải cung cấp cho các cán bộ thực thi pháp luật liên bang, tiểu bang và địa phương địa chỉ, số thẻ an sinh xã hội (SSN) và ảnh (nếu có) của cá nhân đang trốn tránh bị truy tố, giam giữ hoặc giam cầm vì một trọng tội hoặc vi phạm lệnh quản chế hoặc tạm tha. Bất kỳ ai có tình vi phạm bất kỳ quy tắc và quy định nào của bộ này đều là phạm tội nhẹ và khi bị kết án sẽ bị phạt tiền không vượt quá một trăm (\$100) đô la, hoặc bị phạt tù không quá sáu tháng, hoặc cả hai (62 P.S. phần 483).

QUYỀN NHẬN THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

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

QUYỀN KHIẾU NẠI

Quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần của Bộ Dân sinh (DHS) để khiếu nại về một quyết định nếu quý vị tin rằng nó không công bằng hoặc không chính xác, hoặc nếu DHS không thực hiện theo đơn xin trợ cấp của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tại CAO. Nếu quý vị khiếu nại, quý vị cũng có thể yêu cầu tổ chức một cuộc họp của cơ quan trước phiên điều trần. Tại phiên điều trần, quý vị có thể đại diện cho chính mình hoặc nhờ người khác đại diện cho mình, chẳng hạn như luật sư, bạn bè hoặc người thân.

QUYỀN YÊU CẦU LÝ DO CHÍNH ĐÁNG

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp bằng tiền mặt hoặc bảo trợ y tế, luật pháp yêu cầu quý vị phải hợp tác về mối quan hệ phụ hệ và tìm kiếm hỗ trợ. Quý vị có thể được miễn các yêu cầu này nếu quý vị chứng minh rằng nó có thể nguy hiểm cho quý vị và/hoặc con cái quý vị. Đây được coi là lý do chính đáng. Trừ khi lý do chính đáng được miễn trừ, quý vị phải đáp ứng các yêu cầu về việc làm và đào tạo. Quý vị cũng phải đáp ứng các yêu cầu về báo cáo mỗi nửa năm trừ khi có lý do chính đáng.

HOÀN TRẢ BẰNG TÀI SẢN

Nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên và nhận được trợ cấp y tế để thanh toán cho các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng, dịch vụ miễn trừ tại nhà và cộng đồng và bất kỳ dịch vụ liên quan đến bệnh viện hay toa thuốc, quý vị phải hoàn trả lại chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản trong di chúc của quý vị. Quý

vị có thể gọi cho Chương trình Hoàn trả Tài sản vì Trợ cấp Y tế theo số 1-800-528-3708.

QUYỀN NHẬN GIẤY CHỨNG NHẬN CHUYÊN TIẾP BẢO HIỂM (COCC)

Luật liên bang hạn chế khi nào bảo hiểm y tế có thể bị từ chối hoặc giới hạn vì một tình trạng tồn tại từ trước. Nếu quý vị đăng ký vào một chương trình sức khỏe theo nhóm không bao gồm việc điều trị cho tình trạng quý vị mắc phải từ trước, quý vị có thể nhận một giấy chứng nhận cho thời điểm quý vị nhận trợ cấp y tế. Điều này có thể giúp quý vị nhận bảo hiểm sau này. Hãy liên hệ với nhân viên phụ trách của quý vị để yêu cầu giấy chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin đúng, chính xác và đầy đủ. Quý vị phải giúp đỡ trong việc chứng minh các thông tin mà quý vị cung cấp. Các trợ cấp có thể bị từ chối nếu quý vị không cung cấp được bằng chứng nhất định. Nếu quý vị không được cung cấp bằng chứng, quý vị có thể đề nghị Văn phòng hỗ trợ của hạt giúp đỡ quý vị trong việc tìm kiếm. Nếu quý vị được Bộ Dân sinh hoặc Văn phòng Tổng Thanh tra liên hệ, quý vị phải hợp tác đầy đủ với những người hoặc điều tra viên đó. Nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên và nhận được trợ cấp y tế để thanh toán cho các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng, dịch vụ miễn trừ tại nhà và cộng đồng và bất kỳ dịch vụ liên quan đến bệnh viện hay toa thuốc nào, quý vị có thể phải hoàn trả lại chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản trong di chúc của quý vị. Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp bằng 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 quý vị đã nhận được.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ THẺ AN SINH XÃ HỘI

Đối với các trợ cấp y tế, quý vị phải cung cấp một số thẻ an sinh xã hội (SSN) của mỗi người mà quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp. Nếu quý vị không có SSN, quý vị phải nộp đơn xin số này. Việc không nộp SSN có thể là nguyên nhân khiến quý vị không nhận được trợ cấp. Số SSN của quý vị sẽ được sử dụng để nhận dạng, để khớp với dữ liệu máy tính xác minh thu nhập và nguồn lực, và để tránh trùng lặp các khoản trợ cấp của liên bang và tiểu bang. Người không phải là công dân nộp đơn xin trợ cấp y tế khẩn cấp không bắt buộc phải cung cấp số SSN. (42 U.S. C 1320b-7)

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS THEO PHÁP LUẬT

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

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI

Nếu quý vị có đủ điều kiện để nhận trợ cấp, quý vị sẽ được yêu cầu phải báo cáo các thay đổi về hoàn cảnh của mình cho nhân viên phụ trách hoặc cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng. Những loại thay đổi được báo cáo sẽ bao gồm người rời khỏi hoặc chuyển vào nhà, địa chỉ mới, ai đó có công việc mới, nếu ai đó thất nghiệp, sinh con, nguồn thu nhập mới hoặc có sự thay đổi với thu nhập và tiền trúng xổ số và đánh bạc. Nhân viên phụ trách và các thông báo quý vị nhận được sẽ chỉ rõ các chi tiết cụ thể dựa trên các chương trình và khoản trợ cấp quý vị đủ điều kiện nhận được. Việc không báo cáo các thay đổi bắt buộc trong hướng dẫn của chương trình có thể dẫn đến việc mất trợ cấp, bị trừng phạt hoặc các cáo buộc dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho CAO trực tiếp hoặc qua điện thoại, fax, gửi thư hoặc thông qua tài khoản My COMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo các thay đổi cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng theo số 1-877-395-8930, hoặc cho bang Philadelphia, 1-215-560-7226 vào bất cứ lúc nào.

Hiểu rõ quyền lợi và trách nhiệm của quý vị

Khi tôi ký tên vào đơn này:

- Tôi hiểu rằng bang Pennsylvania nhận thông tin từ Hệ thống xác minh đủ điều kiện về thu nhập (IEVS), các tổ chức tài chính, cơ quan báo cáo người tiêu dùng, và các cơ quan của tiểu bang và liên bang để xác minh các thông tin tôi cung cấp. Các 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 liên lạc phụ khi cơ quan tiểu bang phát hiện có những chi tiết mâu thuẫn, và thông tin đó có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện và mức trợ cấp của gia đình tôi.
- Tôi hiểu rằng bằng cách ký vào đơn này, tôi đồng ý cho bất kỳ tổ chức tài chính nào tiết lộ, thông qua phương tiện điện tử hoặc phương tiện khác, bất cứ và tất cả các thông tin tài chính do tổ chức đó nắm giữ, cho Bộ Dịch vụ Nhân sinh hoặc đại lý hay nhà thầu mà Bộ chỉ định, nhằm mục đích nhận dạng và xác minh tài sản khi cần thiết để xác định và xác định lại việc đủ điều kiện nhận trợ cấp y tế. Tôi hiểu rằng các thông tin tài chính bao gồm tiền gửi, tiền rút, đồng tài khoản, và các thông tin có liên quan khác được yêu cầu hoặc nhận được từ tổ chức tài chính, bao gồm các giao dịch khác được thực hiện bởi tổ chức tài chính đối với tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng ủy quyền này có hiệu lực cho đến khi việc đủ điều kiện để nhận trợ cấp y tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định thu hồi ủy quyền bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Bộ, tùy theo trường hợp nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi ủy quyền này, điều đó có thể khiến tôi hoặc gia đình của tôi không đủ điều kiện để nhận trợ cấp y tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi trình bày sai, che giấu hoặc giữ lại các sự thật có thể ảnh hưởng đến việc đủ điều kiện nhận trợ cấp của tôi, tôi có thể phải hoàn trả lại các khoản trợ cấp của mình và tôi có thể bị truy tố và không đủ điều kiện để nhận một số khoản trợ cấp nhất định trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định người đại diện hoặc người được ủy quyền bằng cách hoàn thành phần Người đại diện hoặc Người được ủy quyền.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm cho bất kỳ tuyên bố gian lận được đưa ra trong đơn này, ngay cả khi đơn được gửi bởi người khác làm thay mặt cho tôi.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ người nào trở nên giàu có do việc chuyển nhượng tài sản hoặc thu nhập, mà sẽ ảnh hưởng đến việc đủ điều kiện của tôi, phải chịu trách nhiệm hoàn trả lại những khoản trợ cấp đã được cấp không chính xác.
- Tôi đã nhận một bản sao các quyền và trách nhiệm của mình, đã đọc chúng hoặc người khác đã đọc chúng cho tôi, và tôi hiểu nội dung của chúng.
- Tôi hiểu rằng thông tin được đưa vào trong đơn này sẽ được giữ bí mật và chỉ nhằm mục đích quản lý các khoản trợ cấp. Tôi cho phép tiết lộ các thông tin cá nhân, tài chính và y tế cho mục đích xác định đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi mà tôi bắt buộc phải báo cáo phải được báo cáo trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thay đổi.
- Tôi hiểu rằng tôi được yêu cầu phải báo cáo tiền trúng xổ số và đánh bạc.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích các khoản trợ cấp. Nếu các khoản trợ cấp bị từ chối, thay đổi, tạm dừng hoặc dừng, thông báo này sẽ giải thích lý do tại sao.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ có 30 ngày kể từ ngày thông báo để yêu cầu một phiên điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định được đưa ra về mẫu đơn này.
- Tôi hiểu rằng tình huống của tôi phải được xác minh từ chủ sử dụng lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người nộp đơn phải cung cấp số thẻ an sinh xã hội hoặc nộp đơn xin số thẻ này nếu họ không có. Số thẻ được dùng để kiểm tra thông tin nêu trong đơn 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 có đủ điều kiện và chỉ được hưởng các khoản trợ cấp cần thiết và hợp lý.

- Tôi hiểu rằng tôi không phải cung cấp số thẻ an sinh xã hội của bất kỳ ai không đang nộp đơn xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số thẻ an sinh xã hội của họ, nó có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin nêu trong đơn này.
- Tôi chứng nhận rằng tất cả các thông tin đã được nhập vào là đúng theo hình phạt cho tội khai man.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được giấy chứng nhận bảo hiểm hợp lệ để xác minh bảo hiểm y tế của tôi. Luật liên bang giới hạn các trường hợp bảo hiểm y tế có thể bị từ chối hoặc hạn chế đối với một căn bệnh tồn tại từ trước. Nếu tôi tham gia một chương trình sức khỏe theo nhóm có điều khoản về căn bệnh tồn tại từ trước, tôi có thể được hưởng thời gian mà tôi được nhận Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định đủ điều kiện để nhận trợ cấp y tế, tôi sẽ được đưa vào gói trợ cấp chăm sóc sức khỏe toàn diện nhất dành cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu đăng ký vào một chương trình sức khỏe. Tôi hiểu rằng việc đăng ký vào một chương trình sức khỏe có thể là miễn phí hoặc có chi phí thấp đối với tôi, bởi vì Bộ sẽ trả một khoản phí hàng tháng cho chương trình sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng khoản phí hàng tháng đó là phí cố định (capitation). Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được trợ cấp y tế mà tôi không đủ điều kiện, do sai sót, gian lận hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả lại cho Bộ tất cả các khoản phí hàng tháng được trả thay cho tôi.
- Tôi hiểu rằng bang có quyền xem xét tất cả các hồ sơ dịch vụ y tế được trả bởi chương trình trợ cấp y tế. Việc thanh toán dịch vụ sẽ được thực hiện trực tiếp với nhà cung cấp chứ không phải tôi. Điều này bao gồm cả các khoản thanh toán từ Medicare.
- Tôi trao cho bang quyền tìm kiếm, có hoặc không kèm theo hành động pháp lý, việc thanh toán trợ cấp y tế từ nhân hoặc công cộng hoặc từ bên thứ ba chịu trách nhiệm. Số tiền được ghi sẽ không vượt quá số tiền được trợ cấp y tế chi trả.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu văn phòng hỗ trợ của hạt (CAO) hỗ trợ trong việc chứng minh chi phí và rằng CAO có thể liên hệ với 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 những người nộp đơn xin không hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế, họ vẫn có thể hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp của liên bang và/hoặc tìm hiểu các lựa chọn về bảo hiểm y tế từ nhân thông qua Sàn Giao Dịch Bảo Hiểm Sức Khỏe của Pennsylvania (Pennie). Nếu trường hợp này xảy ra, tôi cho phép sử dụng cung cấp tên của tôi và thông tin trong đơn xin này cho Pennie.
- Gia hạn bảo hiểm trong những năm tới:** Để dễ xác định tình trạng hội đủ điều kiện được giúp trả bảo hiểm y tế sau này của tôi, tôi đồng ý cho phép Pennie sử dụng thông tin về thu nhập của tôi, bao gồm cả thông tin từ khai thuế. Pennie sẽ gửi thông báo cho tôi, cho phép tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào, và tôi có thể từ chối lựa chọn bất cứ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tính đủ điều kiện của tôi cho lần tiếp theo:

(Chọn một ô):

- ☐ Năm năm (số năm tối đa được phép)
- ☐ Bốn năm
- ☐ Ba năm
- ☐ Hai năm
- ☐ Một năm
- ☐ Không sử dụng thông tin của tôi từ tờ khai thuế để gia hạn bảo hiểm của tôi.

X

Chữ ký của Người nộp đơn hoặc Người đại diện được ủy quyền

Ngày

QUAN TRỌNG: Nếu gia đình của quý vị đủ điều kiện đối với SNAP/LIHEAP, quý vị có thể nhận được mẫu đơn chấp thuận nhanh chóng bằng thư có thể cho phép quý vị và các thành viên trong gia đình được tự động đăng ký vào chương trình trợ cấp y tế.

Tên của Người đại diện được ủy quyền	Địa chỉ của Người đại diện được ủy quyền	Số điện thoại

COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.
	Chữ ký của Cán bộ VP hỗ trợ của hạt
	Ngày

HÃY KÝ VÀ GHI NGÀY VÀO ĐƠN NÀY VÀ ĐÍNH KÈM CÁC GIẤY TỜ CẦN THIẾT

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 TỰY 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 Đọc về quyền và trách nhiệm của quý vị:

QUYỀN KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, khuyết tật, tuổi tác, giới tính và trong một số trường hợp là tôn giáo hoặc quan điểm chính trị.

Những người khuyết tật cần các phương tiện truyền đạt thay thế cho thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi, chữ in lớn, băng ghi âm, ngôn ngữ ký hiệu Mỹ...) cần liên hệ với Cơ quan (tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin trợ cấp. Những người bị điếc, lăng tai hoặc khiếm thính có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch vụ Tiếp âm 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 nộp đơn khiếu nại về sự phân biệt đối xử đối với một chương trình tiếp nhận hỗ trợ tài chính của Liên bang thông qua Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (HHS), hãy gửi đến: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi đến (202) 619-0403 (giọng nói) hay (800) 537-7697 (TTY).

Cơ quan này là một nhà cung cấp cơ hội bình đẳng.

QUYỀN ĐƯỢC GIỮ BẢO MẬT

Chúng tôi sẽ giữ bảo mật thông tin của quý vị. Nó chỉ được sử dụng để quyết định quý vị đủ điều kiện đối với chương trình nào. Văn phòng hỗ trợ của hạt (CAO), theo yêu cầu, phải cung cấp cho các cán bộ thực thi pháp luật liên bang, tiểu bang và địa phương địa chỉ, số thẻ an sinh xã hội (SSN) và ảnh (nếu có) của cá nhân đang trốn tránh bị truy tố, giam giữ hoặc giam cầm vì một trọng tội hoặc vi phạm lệnh quản chế hoặc tạm tha. Bất kỳ ai có tình vi phạm bất kỳ quy tắc và quy định nào của bộ này đều là phạm tội nhẹ và khi bị kết án sẽ bị phạt tiền không vượt quá một trăm (\$100) đô la, hoặc bị phạt tù không quá sáu tháng, hoặc cả hai (62 P.S. phần 483).

QUYỀN NHẬN THÔNG BÁO BẰNG VĂN BẢN

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

QUYỀN KHIẾU NẠI

Quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần của Bộ Dân sinh (DHS) để khiếu nại về một quyết định nếu quý vị tin rằng nó không công bằng hoặc không chính xác, hoặc nếu DHS không thực hiện theo đơn xin trợ cấp của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tại CAO. Nếu quý vị khiếu nại, quý vị cũng có thể yêu cầu tổ chức một cuộc họp của cơ quan trước phiên điều trần. Tại phiên điều trần, quý vị có thể đại diện cho chính mình hoặc nhờ người khác đại diện cho mình, chẳng hạn như luật sư, bạn bè hoặc người thân.

QUYỀN YÊU CẦU LÝ DO CHÍNH ĐÁNG

Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp bằng tiền mặt hoặc bảo trợ y tế, luật pháp yêu cầu quý vị phải hợp tác về mối quan hệ phụ hệ và tìm kiếm hỗ trợ. Quý vị có thể được miễn các yêu cầu này nếu quý vị chứng minh rằng nó có thể nguy hiểm cho quý vị và/hoặc con cái quý vị. Đây được coi là lý do chính đáng. Trừ khi lý do chính đáng được miễn trừ, quý vị phải đáp ứng các yêu cầu về việc làm và đào tạo. Quý vị cũng phải đáp ứng các yêu cầu về báo cáo mỗi nửa năm trừ khi có lý do chính đáng.

HOÀN TRẢ BẰNG TÀI SẢN

Nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên và nhận được trợ cấp y tế để thanh toán cho các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng, dịch vụ miễn trừ tại nhà và cộng đồng và bất kỳ dịch vụ liên quan đến bệnh viện hay toa thuốc, quý vị phải hoàn trả lại chi phí cho các dịch vụ này từ tài sản trong di chúc của quý vị. Quý vị có thể gọi cho Chương trình Hoàn trả Tài sản vì Trợ cấp Y tế theo số 1-800-528-3708.

QUYỀN NHẬN GIẤY CHỨNG NHẬN CHUYÊN TIẾP BẢO HIỂM (COCC)

Luật liên bang hạn chế khi nào bảo hiểm y tế có thể bị từ chối hoặc giới hạn vì một tình trạng tồn tại từ trước. Nếu quý vị đăng ký vào một chương

trình sức khỏe theo nhóm không bao gồm việc điều trị cho tình trạng quý vị mắc phải từ trước, quý vị có thể nhận một giấy chứng nhận cho thời điểm quý vị nhận trợ cấp y tế. Điều này có thể giúp quý vị nhận bảo hiểm sau này. Hãy liên hệ với nhân viên phụ trách của quý vị để yêu cầu giấy chứng nhận này.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP THÔNG TIN

Quý vị phải cung cấp thông tin đúng, chính xác và đầy đủ. Quý vị phải giúp đỡ trong việc chứng minh các thông tin mà quý vị cung cấp. Các trợ cấp có thể bị từ chối nếu quý vị không cung cấp được bằng chứng nhất định. Nếu quý vị không được cung cấp bằng chứng, quý vị có thể đề nghị Văn phòng hỗ trợ của hạt giúp đỡ quý vị trong việc tìm kiếm. Nếu quý vị được Bộ Dân sinh hoặc Văn phòng Tổng Thanh tra liên hệ, quý vị phải hợp tác đầy đủ với những người hoặc điều tra viên đó. Nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên và nhận được trợ cấp y tế để thanh toán cho các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng, dịch vụ miễn trừ tại nhà và cộng đồng và bất kỳ dịch vụ liên quan đến bệnh viện hay toa thuốc nào, quý vị có thể phải hoàn trả lại chi phí cho các dịch vụ này từ tái sản trong di chúc của quý vị. Nếu quý vị nộp đơn xin trợ cấp bằng 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 quý vị đã nhận được.

TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP SỐ THẺ AN SINH XÃ HỘI

Đối với các trợ cấp y tế, quý vị phải cung cấp một số thẻ an sinh xã hội (SSN) của mỗi người mà quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp. Nếu quý vị không có SSN, quý vị phải nộp đơn xin số này. Việc không nộp SSN có thể là nguyên nhân khiến quý vị không nhận được trợ cấp. Số SSN của quý vị sẽ được sử dụng để nhận dạng, để khớp với dữ liệu máy tính xác minh thu nhập và nguồn lực, và để tránh trùng lặp các khoản trợ cấp của liên bang và tiểu bang. Người không phải là công dân nộp đơn xin trợ cấp y tế khẩn cấp không bắt buộc phải cung cấp số SSN. (42 U.S. C 1320b-7)

TRÁCH NHIỆM SỬ DỤNG THẺ PA ACCESS THEO PHÁP LUẬT

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

TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI

Nếu quý vị có đủ điều kiện để nhận trợ cấp, quý vị sẽ được yêu cầu phải báo cáo các thay đổi về hoàn cảnh của mình cho nhân viên phụ trách hoặc cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng. Những loại thay đổi được báo cáo sẽ bao gồm người rời khỏi hoặc chuyển vào nhà, địa chỉ mới, ai đó có công việc mới, nếu ai đó thất nghiệp, sinh con, nguồn thu nhập mới hoặc có sự thay đổi với thu nhập và tiền trúng xổ số và đánh bạc. Nhân viên phụ trách và các thông báo quý vị nhận được sẽ chỉ rõ các chi tiết cụ thể dựa trên các chương trình và khoản trợ cấp quý vị đủ điều kiện nhận được. Việc không báo cáo các thay đổi bắt buộc trong hướng dẫn của chương trình có thể dẫn đến việc mất trợ cấp, bị trừng phạt hoặc các cáo buộc dân sự hoặc hình sự. Quý vị có thể báo cáo các thay đổi cho CAO trực tiếp hoặc qua điện thoại, fax, gửi thư hoặc thông qua tài khoản My COMPASS. Quý vị cũng có thể báo cáo các thay đổi cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng theo số 1-877-395-8930, hoặc cho bang Philadelphia, 1-215-560-7226 vào bất cứ lúc nào.

Hiểu rõ quyền lợi và trách nhiệm của quý vị

Khi tôi ký tên vào đơn này:

- Tôi hiểu rằng bang Pennsylvania nhận thông tin từ Hệ thống xác minh đủ điều kiện về thu nhập (IEVS), các tổ chức tài chính, cơ quan báo cáo người tiêu dùng, và các cơ quan của tiểu bang và liên bang để xác minh các thông tin tôi cung cấp. Các 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 liên lạc phụ khi cơ quan tiểu bang phát hiện có những chi tiết mâu thuẫn, và thông tin đó có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện và mức trợ cấp của gia đình tôi.
- Tôi hiểu rằng bằng cách ký vào đơn này, tôi đồng ý cho bất kỳ tổ chức tài chính nào tiết lộ, thông qua phương tiện điện tử hoặc phương tiện khác, bất cứ và tất cả các thông tin tài chính do tổ chức đó nắm giữ, cho Bộ Dịch vụ Nhân sinh hoặc đại lý hay nhà thầu mà Bộ chỉ định, nhằm mục đích nhận dạng và xác minh tài sản khi cần thiết để xác định và xác định lại việc đủ điều kiện nhận trợ cấp y tế. Tôi hiểu rằng các thông tin tài chính bao gồm tiền gửi, tiền rút, đóng tài khoản, và các thông tin có liên quan khác được yêu cầu hoặc nhận được từ tổ chức tài chính, bao gồm các giao dịch khác được thực hiện bởi tổ chức tài chính đối với tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng ủy quyền này có hiệu lực cho đến khi việc đủ điều kiện để nhận trợ cấp y tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định thu hồi ủy quyền bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Bộ, tùy theo trường hợp nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi ủy quyền này, điều đó có thể khiến tôi hoặc gia đình của tôi không đủ điều kiện để nhận trợ cấp y tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi trình bày sai, che giấu hoặc giữ lại các sự thật có thể ảnh hưởng đến việc đủ điều kiện nhận trợ cấp của tôi, tôi có thể phải hoàn trả lại các khoản trợ cấp của mình và tôi có thể bị truy tố và không đủ điều kiện để nhận một số khoản trợ cấp nhất định trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định người đại diện hoặc người được ủy quyền bằng cách hoàn thành phần Người đại diện hoặc Người được ủy quyền.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm cho bất kỳ tuyên bố gian lận được đưa ra trong đơn này, ngay cả khi đơn được gửi bởi người khác làm thay mặt cho tôi.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ người nào trở nên giàu có do việc chuyển nhượng tài sản hoặc thu nhập, mà sẽ ảnh hưởng đến việc đủ điều kiện của tôi, phải chịu trách nhiệm hoàn trả lại những khoản trợ cấp đã được cấp không chính xác.
- Tôi đã nhận một bản sao các quyền và trách nhiệm của mình, đã đọc chúng hoặc người khác đã đọc chúng cho tôi, và tôi hiểu nội dung của chúng.
- Tôi hiểu rằng thông tin được đưa vào trong đơn này sẽ được giữ bí mật và chỉ nhằm mục đích quản lý các khoản trợ cấp. Tôi cho phép tiết lộ các thông tin cá nhân, tài chính và y tế cho mục đích xác định đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi mà tôi bắt buộc phải báo cáo phải được báo cáo trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thay đổi.
- Tôi hiểu rằng tôi được yêu cầu phải báo cáo tiền trúng xổ số và đánh bạc.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích các khoản trợ cấp. Nếu các khoản trợ cấp bị từ chối, thay đổi, tạm dừng hoặc dừng, thông báo này sẽ giải thích lý do tại sao.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ có 30 ngày kể từ ngày thông báo để yêu cầu một phiên điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định được đưa ra về mẫu đơn này.
- Tôi hiểu rằng tình huống của tôi phải được xác minh từ chủ sử dụng lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người nộp đơn phải cung cấp số thẻ an sinh xã hội hoặc nộp đơn xin số thẻ này nếu họ không có. Số thẻ được dùng để kiểm tra thông tin nêu trong đơn 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 có đủ điều kiện và chỉ được hưởng các khoản trợ cấp cần thiết và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không phải cung cấp số thẻ an sinh xã hội của bất kỳ ai không đang nộp đơn xin trợ cấp. Nếu tôi cung cấp số thẻ an sinh xã hội của họ, nó có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin nêu trong đơn này.
- Tôi chứng nhận rằng tất cả các thông tin đã được nhập vào là đúng theo hình phạt cho tội khai man.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được giấy chứng nhận bảo hiểm hợp lệ để xác minh bảo hiểm y tế của tôi. Luật liên bang giới hạn các trường hợp bảo hiểm y tế có thể bị từ chối hoặc hạn chế đối với một căn bệnh tồn tại từ trước. Nếu tôi tham gia một chương trình sức khỏe theo nhóm có điều khoản về căn bệnh tồn tại từ trước, tôi có thể được hưởng thời gian mà tôi được nhận Trợ Cấp Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định đủ điều kiện để nhận trợ cấp y tế, tôi sẽ được đưa vào gói trợ cấp chăm sóc sức khỏe toàn diện nhất dành cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu đăng ký vào một chương trình sức khỏe. Tôi hiểu rằng việc đăng ký vào một chương trình sức khỏe có thể là miễn phí hoặc có chi phí thấp đối với tôi, bởi vì Bộ sẽ trả một khoản phí hàng tháng cho chương trình sức khỏe của tôi. Tôi hiểu rằng khoản phí hàng tháng đó là phí cố định (capitation). Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được trợ cấp y tế mà tôi không đủ điều kiện, do sai sót, gian lận hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả lại cho Bộ tất cả các khoản phí hàng tháng được trả thay cho tôi.
- Tôi hiểu rằng bang có quyền xem xét tất cả các hồ sơ dịch vụ y tế được trả bởi chương trình trợ cấp y tế. Việc thanh toán dịch vụ sẽ được thực hiện trực tiếp với nhà cung cấp chứ không phải tôi. Điều này bao gồm cả các khoản thanh toán từ Medicare.
- Tôi trao cho bang quyền tìm kiếm, có hoặc không kèm theo hành động pháp lý, việc thanh toán từ bảo hiểm y tế tư nhân hoặc công cộng hoặc từ bên thứ ba chịu trách nhiệm. Số tiền được ghi sẽ không vượt quá số tiền được trợ cấp y tế chi trả.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu văn phòng hỗ trợ của hạt (CAO) hỗ trợ trong việc chứng minh chi phí và rằng CAO có thể liên hệ với 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 những người nộp đơn xin không hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế, họ vẫn có thể hội đủ điều kiện nhận phúc lợi trợ cấp của liên bang và/hoặc tìm hiểu các lựa chọn về bảo hiểm y tế tư nhân thông qua Sàn Giao Dịch Bảo Hiểm Sức Khỏe của Pennsylvania (Pennie). Nếu trường hợp này xảy ra, tôi cho phép số cung cấp tên của tôi và thông tin trong đơn xin này cho Pennie.
- Gia hạn bảo hiểm trong những năm tới:** Để dễ xác định tình trạng hội đủ điều kiện được giúp trả bảo hiểm y tế sau này của tôi, tôi đồng ý cho phép Pennie sử dụng thông tin về thu nhập của tôi, bao gồm cả thông tin từ khai thuế. Pennie sẽ gửi thông báo cho tôi, cho phép tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào, và tôi có thể từ chối lựa chọn bất cứ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tính đủ điều kiện của tôi cho lần tiếp theo:
(Chọn một ô):

- ☐ Năm năm (số năm tối đa được phép)
- ☐ Bốn năm
- ☐ Ba năm
- ☐ Hai năm
- ☐ Một năm
- ☐ Không sử dụng thông tin của tôi từ tờ khai thuế để gia hạn bảo hiểm của tôi.