



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Đơn Xin Bảo Hiểm Chăm Sóc Y Tế

Bảo vệ dễ dàng, giá cả phải chăng cho gia đình quý vị.

This is an application for health care 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 salud. Si necesita ayuda para traducirla, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado (county assistance office, CAO). Los servicios de traducción se proporcionan de forma gratuita.

هذا تطبيق مخصص لفوائد الرعاية الصحية. الرجاء الاتصال على مكتب المساعدة المحلي CAO إذا كنت في حاجة إلى المساعدة في ترجمته. سيتم تقديم خدمات الترجمة مجاناً.

Đây là đơn xin hưởng phúc lợi bảo hiểm y tế. Nếu bạn cần trợ giúp dịch thuật thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ ở quận, gọi tắt là CAO. Các dịch vụ dịch thuật sẽ được cung cấp miễn phí.

这是一份医疗福利申请表。如果您需要翻译服务，请联系您所在郡的郡援助办公室（CAO）。翻译服务将免费提供。

នេះគឺជាការដាក់ពាក្យស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែពាក្យស្នើសុំនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់ការិយាល័យផ្តល់ជំនួយប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក (CAO)។ សេវាបកប្រែនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ។

Это заявление на получение льготного медицинского страхования. В этом приложении будут содержаться все данные о ваших льготах по медицинскому обслуживанию. Если вам нужна помощь в переводе этого документа, обратитесь в окружное отделение социальной помощи. Услуги перевода предоставляются бесплатно.

Sử dụng đơn xin này để xem quý vị hội đủ điều kiện cho những lựa chọn bảo hiểm nào:

- Bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp từ Chương Trình Hỗ Trợ Y Tế (Medical Assistance) hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế cho Trẻ Em (CHIP)
- Tín dụng thuế mới có thể giúp thanh toán phí bảo hiểm y tế của quý vị
- Các chương trình bảo hiểm y tế tư nhân giá cả phải chăng cung cấp bảo hiểm toàn diện giúp quý vị được mạnh khỏe

Ai có thể sử dụng đơn xin này?

Quý vị có thể sử dụng đơn xin này để đăng ký cho bất kỳ ai trong gia đình của mình, ngay cả khi hiện tại họ đã có bảo hiểm. Quý vị vẫn có thể nộp đơn ngay cả khi quý vị không khai thuế lợi tức liên bang.

Xin lưu ý: Nếu quý vị cần hỗ trợ tiền mặt hoặc những phúc lợi từ Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung, quý vị phải hoàn thành một đơn xin khác.

Làm đơn trực tuyến nhanh hơn:

Làm đơn trực tuyến nhanh hơn tại www.compass.state.pa.us. Nếu quý vị muốn làm đơn qua điện thoại, hãy gọi Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi theo số 1-866-550-4355 để nhận được Bảo Hiểm Chăm Sóc Y Tế.

Quý vị cần gì để nộp đơn:

- Số An Sinh Xã Hội (hoặc số tài liệu cho bất kỳ người nhập cư hợp pháp nào) cho tất cả những ai cần bảo hiểm
- Thông tin về chủ lao động và thu nhập cho tất cả mọi người trong gia đình của quý vị (ví dụ, từ phiếu lương, mẫu W-2, hoặc bảng lương và báo cáo thuế)
- Số hợp đồng của bất kỳ bảo hiểm y tế hiện tại hoặc gần đây
- Thông tin về bất kỳ bảo hiểm y tế nào liên quan đến việc làm có sẵn cho gia đình quý vị

Tại sao chúng tôi yêu cầu thông tin này?

Chúng tôi yêu cầu thông tin về thu nhập và các thông tin khác để cho quý vị biết quý vị hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm nào và liệu quý vị có thể nhận được bất kỳ trợ giúp nào để thanh toán cho bảo hiểm đó không. **Chúng tôi sẽ giữ bảo mật và an toàn cho tất cả các thông tin quý vị cung cấp như theo yêu cầu của pháp luật.**

Điều gì xảy ra tiếp theo?

Gửi đơn xin đầy đủ, có chữ ký của quý vị đến văn phòng hỗ trợ của quận tại địa phương của quý vị. Hãy gọi 1-800-842-2020 nếu quý vị không biết gửi đơn của mình tới đâu. **Cho dù quý vị không có tất cả các thông tin chúng tôi yêu cầu, quý vị cũng nên ký tên và gửi đơn xin của mình.**

Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị trong vòng 30 ngày tới. Quý vị sẽ nhận được hướng dẫn về các bước tiếp theo để hoàn thành bảo hiểm y tế của mình. Nếu quý vị không nhận được thông tin từ chúng tôi, hãy liên lạc với văn phòng hỗ trợ của quận tại địa phương của quý vị hoặc gọi 1-877-395-8930.

Nhận trợ giúp cho đơn xin này:

- **Trực tuyến:** www.compass.state.pa.us
- **Trực tiếp:** Viếng thăm văn phòng hỗ trợ của quận tại địa phương của quý vị
- **Điện thoại:** Gọi Đường Dây Trợ Giúp DHS theo số 1-800-842-2020. Người dùng TTY (Người Khiếm Thính) nên gọi 1-800-451-5886
- **En Español:** Si necesita esta información en español, llame al teléfono: 1-800-842-2020

Nếu quý vị bị khuyết tật và cần mẫu đơn này ở dạng in khổ lớn hoặc ở một định dạng khác, vui lòng gọi đường dây trợ giúp của chúng tôi theo số 1-800-692-7462. Cá nhân bị điếc, lạng tai, hoặc có khuyết tật về nói và muốn liên lạc với đường dây trợ giúp có thể gọi Dịch Vụ Chuyên Tiếp PA bằng cách quay số 711.



Chỉ dành cho những Nhà Cung Cấp Y Tế Sử Dụng • Medical Providers Use Only

Provider Name	Provider Number	<input type="checkbox"/> Emergency
---------------	-----------------	------------------------------------

Chỉ dành cho CAO Sử Dụng • CAO Use Only

Application Registration Number	Caseload	County	District	Record Number	Date Stamp
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------

Bắt Đầu:

Quý vị muốn giao tiếp bằng ngôn ngữ nào? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Ngôn ngữ khác (Ghi Rõ) _____
 Quý vị có cần người thông dịch không? Có Không Nếu có, ngôn ngữ nào? _____

Nộp đơn không cần giấy tờ! Quý vị có muốn nhận các thông báo của quý vị trực tuyến không?

Hãy truy cập www.compass.state.pa.us và đăng ký vào Tài Khoản MyCOMPASS của quý vị.

Chúng tôi khuyến khích quý vị trả lời càng nhiều câu hỏi càng tốt trừ khi các hướng dẫn cho quý vị biết rằng quý vị có thể chọn không trả lời. Càng có thông tin đầy đủ hơn, chúng tôi càng có thể xử lý đơn xin của quý vị nhanh hơn.

▶ QUAN TRỌNG: Tất cả những người nộp đơn phải cung cấp hoặc làm đơn xin số An Sinh Xã Hội (SSN) và trả lời các câu hỏi về quyền công dân. Cung cấp SSN là không bắt buộc đối với những người không nộp đơn xin bảo hiểm chăm sóc y tế nhưng việc cung cấp SSN có thể đẩy nhanh tiến trình làm đơn. Chúng tôi sử dụng số SSN để kiểm tra thu nhập và các thông tin khác để xem ai đủ điều kiện nhận được trợ giúp cho chi phí bảo hiểm chăm sóc y tế. Nếu ai đó muốn được giúp đỡ để nhận được số SSN, hãy gọi số 1-800-772-1213 hoặc truy cập www.socialsecurity.gov. Người dùng TTY (Người Khiếm Thị) nên gọi số 1-800-325-0778.

Hãy nói cho chúng tôi biết về quý vị. Chúng tôi sẽ cần liên lạc với Người Lớn/Phụ Huynh/Người Chăm Sóc.

Người 1 **Vui Lòng Viết Hoa Tất Cả Các Thông Tin**

Tên (bao gồm tên, chữ cái đầu tiên của tên đệm, họ, hậu tố-Người Có Thâm Niên Ít Hơn/Người Có Thâm Niên Cao Hơn/v.v.):		Có phải quý vị đang nộp đơn cho chính mình? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (Tháng/Ngày/ Năm)	Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình Trạng Hôn Nhân ▶ <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn <input type="checkbox"/> Ly Dị <input type="checkbox"/> Góa chồng/vợ	
Địa chỉ nhà (bao gồm đường phố, số căn hộ, thành phố, tiểu bang, quận & mã số vùng + 4):		Số điện thoại: ()	Loại điện thoại: (✓): <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Làm việc <input type="checkbox"/> Di động
Địa chỉ gửi thư (nếu khác với địa chỉ nhà):		Số điện thoại thứ hai: ()	Loại điện thoại: (✓): <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Làm việc <input type="checkbox"/> Di động
<input type="checkbox"/> (✓) Đánh dấu ở đây nếu quý vị không có địa chỉ nhà. Quý vị vẫn cần phải cung cấp địa chỉ gửi thư.			
Quý vị có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , ngày dự sinh là ngày nào?	Có bao nhiêu đứa bé được dự kiến?	

Hãy trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị nộp đơn cho chính mình.

<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Nếu quý vị không hội đủ điều kiện để nhận bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, quý vị có muốn được xem xét chỉ để nhận được bảo hiểm cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Nếu quý vị dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của quý vị để đưa ra quyết định cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu quý vị muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần phải đánh giá thu nhập hộ gia đình của quý vị, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ quý vị. Quý vị chỉ muốn được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ phải không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	▶ Bất kể tuổi tác, quý vị có sợ rằng thông tin nhận được tại nơi mình sinh sống từ người phối ngẫu, cha mẹ hoặc người khác về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tinh cảm hoặc những tổn hại khác không?

Quý vị là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ? Có Không

Nếu quý vị không phải là công dân hoặc kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Quý vị có tình trạng nhập cư hội đủ điều kiện không? <input type="checkbox"/> Có	Nếu có , hãy điền vào loại tài liệu và số ID của quý vị.	Loại tài liệu:	Số ID tài liệu:
Quý vị đã sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị, người phối ngẫu, hoặc cha mẹ của quý vị là cựu chiến binh hay đang thi hành công vụ trong quân đội Hoa Kỳ phải không?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có bị khuyết tật hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , đó là khuyết tật gì? (không bắt buộc)	Quý vị có cần trợ giúp thanh toán bất kỳ hóa đơn y tế nào trong ba tháng qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Quý vị có sống trong một cơ sở chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn hoặc có tình trạng sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc tinh cảm gây ra những hạn chế trong các hoạt động (như tắm, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.) không?			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Câu hỏi cho những người dưới 26 tuổi:	Quý vị có phải là sinh viên toàn thời gian không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có sống tại trung tâm nuôi dưỡng lúc 18 tuổi hoặc lúc lớn hơn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tại tiểu bang nào?
CHUNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả những gì được áp dụng)	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A) <input type="checkbox"/> Khác _____		
DÂN TỘC (không bắt buộc)	<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh		



Hãy nói cho chúng tôi biết về gia đình quý vị.

Hãy cho chúng tôi biết về tất cả các thành viên gia đình sống chung với quý vị. Nếu quý vị nộp thuế, chúng tôi cần biết về mọi người trong tờ khai thuế của quý vị.

LƯU Ý: Quý vị không cần phải nộp thuế để nhận bảo hiểm y tế.

Dưới đây là những người được bao gồm trong đơn xin của quý vị:

- Người phối ngẫu hoặc bạn đời chưa kết hôn của quý vị
- Con dưới 21 tuổi sống chung với quý vị
- Bất cứ ai mà quý vị bao gồm trong tờ khai thuế của quý vị, ngay cả khi họ không sống chung với quý vị
- Bất cứ ai dưới 21 tuổi sống chung với quý vị và quý vị chăm sóc người đó

Nếu quý vị có hơn sáu người để thêm vào, quý vị sẽ cần phải sao lại các trang và đính kèm theo những trang này.

Người thứ 2		Vui Lòng Viết Hoa Tất Cả Các Thông Tin	
Tên (bao gồm tên, chữ cái đầu tiên của tên đệm, họ, hậu tố-Người Có Thâm Niên Ít Hơn/Người Có Thâm Niên Cao Hơn/v.v.):		Quý vị sẽ nộp đơn cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (Tháng/Ngày/ Năm)	Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình Trạng Hôn Nhân <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn <input type="checkbox"/> Ly Dị <input type="checkbox"/> Góa chồng/vợ	
Người này liên quan đến quý vị như thế nào? <input type="checkbox"/> Người phối ngẫu <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không liên quan <input type="checkbox"/> Khác		Người này có sống với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Người này có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự sinh là ngày nào?	Có bao nhiêu đứa bé được dự kiến?	
Hãy trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị nộp đơn cho người này.			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu không hội đủ điều kiện để nhận bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, người này có muốn được xem xét chỉ để nhận bảo hiểm cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của người đó để đưa ra quyết định cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu người đó muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần phải đánh giá thu nhập hộ gia đình của người đó, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ người đó. Có phải người này chỉ muốn được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất kể tuổi tác, người này có sợ rằng thông tin có thể nhận được tại nơi mình sinh sống từ người phối ngẫu, cha mẹ hoặc người khác về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác không?		
Người này là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu người này không phải là công dân hoặc kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:			
Người này có tình trạng nhập cư hội đủ điều kiện không? <input type="checkbox"/> Có	Nếu có, hãy điền vào loại tài liệu và số ID của quý vị.	Loại tài liệu:	Số ID tài liệu:
Người này đã sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Người này, người phối ngẫu, hoặc cha mẹ của người đó là cựu chiến binh hay đang thi hành công vụ trong quân đội Hoa Kỳ phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Người này có bị khuyết tật hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là khuyết tật gì? (không bắt buộc)	Người này có cần trợ giúp thanh toán bất kỳ hóa đơn y tế nào trong ba tháng qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Người này có sống trong một cơ sở chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn hoặc có tình trạng sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc tình cảm gây ra những hạn chế trong các hoạt động (như tắm, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Câu hỏi cho những người dưới 26 tuổi:		Người này có phải là sinh viên toàn thời gian không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Người này có sống tại trung tâm nuôi dưỡng lúc 18 tuổi hoặc lúc lớn hơn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		Tại tiểu bang nào?	
CHUNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả những gì được áp dụng)			
<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương			
<input type="checkbox"/> Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A) <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Khác _____			
DÂN TỘC (không bắt buộc) <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh			



Người thứ 3

Vui Lòng Viết Hoa Tất Cả Các Thông Tin

Tên (bao gồm tên, chữ cái đầu tiên của tên đệm, họ, hậu tố-Người Có Thâm Niên Ít Hơn/Người Có Thâm Niên Cao Hơn/v.v.):	Quý vị sẽ nộp đơn cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Số An Sinh Xã Hội:
--	--	--------------------

Ngày sinh (Tháng/Ngày/ Năm)	Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình Trạng Hôn Nhân ▶ <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn <input type="checkbox"/> Ly Dị <input type="checkbox"/> Góa chồng/vợ
-----------------------------	---	---

Người này liên quan đến quý vị như thế nào? <input type="checkbox"/> Người phối ngẫu <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không liên quan <input type="checkbox"/> Khác	Người này có sống với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	---

Người này có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , ngày dự sinh là ngày nào?	Có bao nhiêu đứa bé được dự kiến?
--	---	-----------------------------------

Hãy trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị nộp đơn cho người này.

<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ▶	Nếu không hội đủ điều kiện để nhận bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, người này có muốn được xem xét chỉ để nhận bảo hiểm cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ▶	Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của người đó để đưa ra quyết định cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu người đó muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần phải đánh giá thu nhập hộ gia đình của người đó, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ người đó. Có phải người này chỉ muốn được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ không?
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ▶	Bất kể tuổi tác, người này có sợ rằng thông tin có thể nhận được tại nơi mình sinh sống từ người phối ngẫu, cha mẹ hoặc người khác về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác không?

Người này là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--

Nếu người này không phải là công dân hoặc kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:

Người này có tình trạng nhập cư hội đủ điều kiện không? <input type="checkbox"/> Có	Nếu có , hãy điền vào loại tài liệu và số ID của quý vị. ▶	Loại tài liệu:	Số ID tài liệu:
Người này đã sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Người này, người phối ngẫu, hoặc cha mẹ của người đó là cựu chiến binh hay đang thi hành công vụ trong quân đội Hoa Kỳ phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

Người này có bị khuyết tật hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có , đó là khuyết tật gì? (không bắt buộc)	Người này có cần trợ giúp thanh toán bất kỳ hóa đơn y tế nào trong ba tháng qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	---	--

Người này có sống trong một cơ sở chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn hoặc có tình trạng sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc tình cảm gây ra những hạn chế trong các hoạt động (như tắm, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Câu hỏi cho những người dưới 26 tuổi:	Người này có phải là sinh viên toàn thời gian không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Người này có sống tại trung tâm nuôi dưỡng lúc 18 tuổi hoặc lúc lớn hơn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tại tiểu bang nào?
--	--	--	--------------------

CHÙNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả những gì được áp dụng)	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Châu Á	<input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương
	<input type="checkbox"/> Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A)	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Khác _____

DÂN TỘC (không bắt buộc)	<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh	<input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh
---------------------------------	--	--



Người thứ 4

Vui Lòng Viết Hoa Tất Cả Các Thông Tin

Tên (bao gồm tên, chữ cái đầu tiên của tên đệm, họ, hậu tố-Người Có Thâm Niên Ít Hơn/Người Có Thâm Niên Cao Hơn/v.v.):		Quý vị sẽ nộp đơn cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (Tháng/Ngày/ Năm)	Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình Trạng Hôn Nhân ▶ <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn <input type="checkbox"/> Ly Dị <input type="checkbox"/> Góa chồng/vợ		
Người này liên quan đến quý vị như thế nào? <input type="checkbox"/> Người phối ngẫu <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không liên quan <input type="checkbox"/> Khác		Người này có sống với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Người này có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự sinh là ngày nào?	Có bao nhiêu đứa bé được dự kiến?		
Hãy trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị nộp đơn cho người này.				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ▶ Nếu không hội đủ điều kiện để nhận bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, người này có muốn được xem xét chỉ để nhận bảo hiểm cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ▶ Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của người đó để đưa ra quyết định cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu người đó muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần phải đánh giá thu nhập hộ gia đình của người đó, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ người đó. Có phải người này chỉ muốn được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ không?				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ▶ Bất kể tuổi tác, người này có sợ rằng thông tin có thể nhận được tại nơi mình sinh sống từ người phối ngẫu, cha mẹ hoặc người khác về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác không?				
Người này là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Nếu người này không phải là công dân hoặc kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:				
Người này có tình trạng nhập cư hội đủ điều kiện không? <input type="checkbox"/> Có	Nếu có, hãy điền vào loại tài liệu và số ID của quý vị. ▶	Loại tài liệu:	Số ID tài liệu:	
Người này đã sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Người này, người phối ngẫu, hoặc cha mẹ của người đó là cựu chiến binh hay đang thi hành công vụ trong quân đội Hoa Kỳ phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Người này có bị khuyết tật hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, đó là khuyết tật gì? (không bắt buộc)	Người này có cần trợ giúp thanh toán bất kỳ hóa đơn y tế nào trong ba tháng qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Người này có sống trong một cơ sở chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn hoặc có tình trạng sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc tình cảm gây ra những hạn chế trong các hoạt động (như tắm, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Câu hỏi cho những người dưới 26 tuổi:		Người này có phải là sinh viên toàn thời gian không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Người này có sống tại trung tâm nuôi dưỡng lúc 18 tuổi hoặc lúc lớn hơn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tại tiểu bang nào?
CHÙNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả những gì được áp dụng)		<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Châu Á	<input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương
		<input type="checkbox"/> Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A)	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Khác _____
DÂN TỘC (không bắt buộc)		<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh		



Người thứ 5

Vui Lòng Viết Hoa Tất Cả Các Thông Tin

Tên (bao gồm tên, chữ cái đầu tiên của tên đệm, họ, hậu tố-Người Có Thâm Niên Ít Hơn/Người Có Thâm Niên Cao Hơn/v.v.):		Quý vị sẽ nộp đơn cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số An Sinh Xã Hội:
Ngày sinh (Tháng/Ngày/ Năm)	Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình Trạng Hôn Nhân <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn <input type="checkbox"/> Ly Dị <input type="checkbox"/> Góa chồng/vợ		
Người này liên quan đến quý vị như thế nào? <input type="checkbox"/> Người phối ngẫu <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không liên quan <input type="checkbox"/> Khác		Người này có sống với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Người này có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự sinh là ngày nào?	Có bao nhiêu đứa bé được dự kiến?		
Hãy trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị nộp đơn cho người này.				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu không hội đủ điều kiện để nhận bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, người này có muốn được xem xét chỉ để nhận bảo hiểm cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của người đó để đưa ra quyết định cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu người đó muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần phải đánh giá thu nhập hộ gia đình của người đó, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ người đó. Có phải người này chỉ muốn được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ không?		
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Bất kể tuổi tác, người này có sợ rằng thông tin có thể nhận được tại nơi mình sinh sống từ người phối ngẫu, cha mẹ hoặc người khác về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tinh cảm hoặc những tổn hại khác không?		
Người này là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Nếu người này không phải là công dân hoặc kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:				
Người này có tình trạng nhập cư hội đủ điều kiện không? <input type="checkbox"/> Có		Nếu có, hãy điền vào loại tài liệu và số ID của quý vị.		Loại tài liệu: _____ Số ID tài liệu: _____
Người này đã sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Người này, người phối ngẫu, hoặc cha mẹ của người đó là cựu chiến binh hay đang thi hành công vụ trong quân đội Hoa Kỳ phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Người này có bị khuyết tật hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu có, đó là khuyết tật gì? (không bắt buộc)		Người này có cần trợ giúp thanh toán bất kỳ hóa đơn y tế nào trong ba tháng qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này có sống trong một cơ sở chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn hoặc có tình trạng sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc tinh cảm gây ra những hạn chế trong các hoạt động (như tắm, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Câu hỏi cho những người dưới 26 tuổi:		Người này có phải là sinh viên toàn thời gian không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Người này có sống tại trung tâm nuôi dưỡng lúc 18 tuổi hoặc lúc lớn hơn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tại tiểu bang nào?				
CHÙNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả những gì được áp dụng)				
<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi		<input type="checkbox"/> Người Châu Á		<input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương
<input type="checkbox"/> Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A)		<input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Khác _____		
DÂN TỘC (không bắt buộc)				
<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh				



Người thứ 6

Vui Lòng Viết Hoa Tất Cả Các Thông Tin

Tên (bao gồm tên, chữ cái đầu tiên của tên đệm, họ, hậu tố-Người Có Thâm Niên Ít Hơn/Người Có Thâm Niên Cao Hơn/v.v.):		Quý vị sẽ nộp đơn cho người này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số An Sinh Xã Hội:	
Ngày sinh (Tháng/Ngày/ Năm)	Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình Trạng Hôn Nhân ▶ <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn <input type="checkbox"/> Ly Dị <input type="checkbox"/> Góa chồng/vợ			
Người này liên quan đến quý vị như thế nào? <input type="checkbox"/> Người phối ngẫu <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Con riêng <input type="checkbox"/> Không liên quan <input type="checkbox"/> Khác		Người này có sống với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Người này có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, ngày dự sinh là ngày nào?		Có bao nhiêu đứa bé được dự kiến?		
Hãy trả lời các câu hỏi dưới đây nếu quý vị nộp đơn cho người này.					
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ▶		Nếu không hội đủ điều kiện để nhận bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, người này có muốn được xem xét chỉ để nhận bảo hiểm cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình không?			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ▶		Nếu người này dưới 21 tuổi, chúng tôi sẽ chỉ xem xét thu nhập của người đó để đưa ra quyết định cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình. Nếu người đó muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ, chúng tôi sẽ cần phải đánh giá thu nhập hộ gia đình của người đó, bao gồm cả thu nhập của cha mẹ người đó. Có phải người này chỉ muốn được xem xét cho chương trình Dịch Vụ Kế Hoạch Hóa Gia Đình và KHÔNG muốn được xem xét cho bảo hiểm chăm sóc y tế đầy đủ không?			
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ▶		Bất kể tuổi tác, người này có sợ rằng thông tin có thể nhận được tại nơi mình sinh sống từ người phối ngẫu, cha mẹ hoặc người khác về các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có thể gây tổn hại về thể chất, tình cảm hoặc những tổn hại khác không?			
Người này là công dân hay kiều dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Nếu người này không phải là công dân hoặc kiều dân Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi sau:					
Người này có tình trạng nhập cư hội đủ điều kiện không? <input type="checkbox"/> Có		Nếu có, hãy điền vào loại tài liệu và số ID của quý vị. ▶		Loại tài liệu: _____ Số ID tài liệu: _____	
Người này đã sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Người này, người phối ngẫu, hoặc cha mẹ của người đó là cựu chiến binh hay đang thi hành công vụ trong quân đội Hoa Kỳ phải không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Người này có bị khuyết tật hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu có, đó là khuyết tật gì? (không bắt buộc)		Người này có cần trợ giúp thanh toán bất kỳ hóa đơn y tế nào trong ba tháng qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Người này có sống trong một cơ sở chăm sóc y tế hoặc chăm sóc dài hạn hoặc có tình trạng sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc tình cảm gây ra những hạn chế trong các hoạt động (như tắm, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không					
Câu hỏi cho những người dưới 26 tuổi:		Người này có phải là sinh viên toàn thời gian không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Người này có sống tại trung tâm nuôi dưỡng lúc 18 tuổi hoặc lúc lớn hơn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
				Tại tiểu bang nào?	
CHÙNG TỘC (không bắt buộc) (Đánh dấu tất cả những gì được áp dụng)		<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Châu Á		<input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương	
		<input type="checkbox"/> Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (Xem Phụ Lục A)		<input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Khác _____	
DÂN TỘC (không bắt buộc)		<input type="checkbox"/> Tây Ban Nha hoặc Mỹ La Tinh <input type="checkbox"/> Không phải gốc Tây Ban Nha hoặc Châu Mỹ La Tinh			



Thông Tin về Thuế

Hoàn tất thông tin này cho người phối ngẫu/bạn đời của quý vị và trẻ em sống chung với quý vị và/hoặc bất kỳ ai khác trên cùng một tờ khai thuế thu nhập liên bang nếu quý vị khai thuế.

Có ai trong số những người được liệt kê trên đơn xin dự định khai thuế thu nhập liên bang **NĂM TỚI** không? Có Không

Nếu có, hãy liệt kê người khai thuế và liệt kê người phối ngẫu của người khai thuế **nếu khai thuế chung**.

TÊN CỦA NGƯỜI KHAI THUẾ	NẾU KHAI THUẾ CHUNG: TÊN NGƯỜI PHỐI NGẪU

Có người nào được liệt kê trên đơn xin sẽ khai người phụ thuộc trên tờ khai thuế của họ không? Có Không

Nếu có, hãy liệt kê người khai thuế và liệt kê người phụ thuộc.

Một người phụ thuộc chỉ có thể được khai bởi một người khai thuế. Đối với những người khai thuế chung, quý vị chỉ cần liệt kê những người phụ thuộc cho người khai thuế, là người sẽ ký vào mẫu thuế.

TÊN CỦA NGƯỜI KHAI THUẾ	(NHỮNG) NGƯỜI PHỤ THUỘC

Có người nào được liệt kê trên đơn xin sẽ được khai là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của một người nào đó không? Có Không

Nếu có, hãy liệt kê người phụ thuộc và người khai thuế cho người phụ thuộc sẽ được khai.

Quý vị không cần phải hoàn thành thông tin trong bảng này nếu người phụ thuộc đã được liệt kê ở trên.

TÊN NGƯỜI PHỤ THUỘC	TÊN CỦA NGƯỜI KHAI THUẾ	MỐI QUAN HỆ VỚI NGƯỜI KHAI THUẾ

Khấu Trừ Thuế

Nếu có ai trả tiền cho những thứ nhất định mà có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, thì việc cho chúng tôi biết điều này có thể giúp chi phí bảo hiểm chăm sóc y tế giảm hơn một chút.

Lưu ý: Nếu tự kinh doanh, đừng bao gồm chi phí mà quý vị sẽ liệt kê là chi phí trên mẫu thuế Schedule C của quý vị (ví dụ, chi phí xe hơi và xe tải, khấu hao, tiền lương của nhân viên và phúc lợi phụ, v.v.).

Có ai có các chi phí từ: (✓)(Đánh dấu có)	Có	Đây là chi phí của ai?	Chi phí này được thanh toán thường xuyên như thế nào? (một lần, hàng tháng, hàng quý, hai lần một năm, hàng năm)	Bao nhiêu?
Khấu trừ lãi suất vay cho sinh viên				
Chiết khấu bảo hiểm y tế tự kinh doanh				
Phần khấu trừ thuế tự kinh doanh				
Khấu trừ tài khoản tiết kiệm y tế				
Khác (ghi rõ)				



Thu nhập

Hãy cho chúng tôi biết thu nhập của bất kỳ trẻ em hoặc người lớn nào quý vị liệt kê trên đơn xin này.

Liệt kê tất cả các thu nhập chẳng hạn như:

- Việc làm (tiền lương, tiền tặng thêm, hoa hồng, tiền thưởng)
- Tự kinh doanh (bao gồm phí trông trẻ, phí ăn ở được trả cho quý vị)
- Trợ Cấp thất nghiệp
- Phúc lợi An Sinh Xã Hội
- Tiền Trợ Cấp/Lương Hưu
- Tiền cấp dưỡng
- Cổ tức/lãi suất
- Nuôi trồng/câu cá
- Cho thuê/tiền bản quyền
- Tiền Trúng Xổ Số/Đánh Bạc

Đây là thu nhập của ai?	Loại/Nguồn Thu Nhập	Thu nhập nhận được thường xuyên như thế nào? (hàng tuần, hai tuần một lần, hàng tháng, hàng năm)	Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần:	Tổng số tiền? (Số tiền thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ)

Trong năm vừa qua, có ai đã: (hãy chọn tất cả những gì áp dụng)

Thay đổi công việc? Người nào? _____ Bắt đầu làm việc ít giờ hơn? Người nào? _____

Ngưng làm việc? Người nào? _____

Có thu nhập của ai thay đổi từ tháng này sang tháng khác không? Có Không

Nếu có, hãy liệt kê (những) người có thu nhập thay đổi và tổng thu nhập dự kiến của họ trong năm nay và năm tới.

TÊN	TỔNG THU NHẬP DỰ KIẾN TRONG NĂM NAY	TỔNG THU NHẬP DỰ KIẾN TRONG NĂM TỚI (nếu thu nhập sẽ khác)



BẢO HIỂM Y TẾ

Nếu ai mà quý vị đang làm đơn, có bảo hiểm y tế, hoặc đã có bảo hiểm gần đây, hãy hoàn thành phần này.

Có ai mà quý vị đang làm đơn, có bảo hiểm y tế không? Có Không

Có ai mà quý vị đang làm đơn, đã có bảo hiểm y tế trong 90 ngày qua không? Có Không

Nếu có, hãy điền vào phần tiếp theo và cho chúng tôi biết tất cả những gì quý vị có thể về bảo hiểm này. **Nếu không**, bỏ qua phần này.

Nếu quý vị có (hoặc đã có trong 90 ngày qua) hơn một loại bảo hiểm chăm sóc y tế, hãy điền vào một ô cho **mỗi** hợp đồng. Nếu quý vị có hơn ba hợp đồng, quý vị phải sao chép những trang này và đính kèm theo.

**Loại bảo hiểm
chăm sóc y tế**



Bảo hiểm của chủ lao động

Medicare

TRICARE*

Peace Corps

Chương trình cá nhân

Khác

LIỆT KÊ NGƯỜI ĐƯỢC (HOẶC ĐÃ ĐƯỢC) BẢO HIỂM

Tên chủ hợp đồng:	Tên:	Họ:
Tên công ty bảo hiểm:	Tên:	Họ:
Số hợp đồng:	Tên:	Họ:
Tên/số nhóm:	Tên:	Họ:

**Những gì được hoặc
đã được bảo hiểm?**



Chăm sóc của bệnh viện

Đơn thuốc

Chăm sóc mắt

Thăm khám bác sĩ

Nha khoa

Có phải đây là hoặc đã là chương trình phúc lợi giới hạn (giống như hợp đồng tai nạn học đường) không?

Có

Không

**Bảo hiểm này đã bắt
đầu khi nào?**



Bảo hiểm này đã (sẽ) dừng lại khi nào?
(Để trống nếu quý vị vẫn còn được bảo hiểm.)



Bảo hiểm y tế này đã (hoặc sẽ) kết thúc vì chủ hợp đồng bị mất việc làm (sa thải, chấm dứt, bỏ việc), hoặc **Nếu có**, ai mất bảo hiểm?

Có Không

Có bất kỳ trẻ em nào đã (hoặc sẽ) mất bảo hiểm y tế vì chủ lao động đã ngừng cung cấp bảo hiểm không? Có Không

*Không đánh dấu nếu quý vị nhận được chăm sóc trực tiếp hay đang thực thi Nhiệm Vụ cho một lãnh vực được ủy quyền.

**Loại bảo hiểm
chăm sóc y tế**



Bảo hiểm của chủ lao động

Medicare

TRICARE*

Peace Corps

Chương trình cá nhân

Khác

LIỆT KÊ NGƯỜI ĐƯỢC (HOẶC ĐÃ ĐƯỢC) BẢO HIỂM

Tên chủ hợp đồng:	Tên:	Họ:
Tên công ty bảo hiểm:	Tên:	Họ:
Số hợp đồng:	Tên:	Họ:
Tên/số nhóm:	Tên:	Họ:

**Những gì được hoặc
đã được bảo hiểm?**



Chăm sóc của bệnh viện

Đơn thuốc

Chăm sóc mắt

Thăm khám bác sĩ

Nha khoa

Có phải đây là hoặc đã là chương trình phúc lợi giới hạn (giống như hợp đồng tai nạn học đường) không?

Có

Không

**Bảo hiểm này đã bắt
đầu khi nào?**



Bảo hiểm này đã (sẽ) dừng lại khi nào?
(Để trống nếu quý vị vẫn còn được bảo hiểm.)



Bảo hiểm y tế này đã (hoặc sẽ) kết thúc vì chủ hợp đồng bị mất việc làm (sa thải, chấm dứt, bỏ việc), hoặc **Nếu có**, ai mất bảo hiểm?

Có Không

Có bất kỳ trẻ em nào đã (hoặc sẽ) mất bảo hiểm y tế vì chủ lao động đã ngừng cung cấp bảo hiểm không? Có Không

*Không đánh dấu nếu quý vị nhận được chăm sóc trực tiếp hay đang thực thi Nhiệm Vụ cho một lãnh vực được ủy quyền.

(Bảo hiểm y tế tiếp tục ở trang tiếp theo.)



Bảo Hiểm Y Tế (tiếp theo)

Loại bảo hiểm
chăm sóc y tế



Bảo hiểm của chủ lao động
 Peace Corps

Medicare
 Chương trình cá nhân

TRICARE*
 Khác _____

LIỆT KÊ NGƯỜI ĐƯỢC (HOẶC ĐÃ ĐƯỢC) BẢO HIỂM

Tên chủ hợp đồng:	Tên:	Họ:
Tên công ty bảo hiểm:	Tên:	Họ:
Số hợp đồng:	Tên:	Họ:
Tên/số nhóm:	Tên:	Họ:

Những gì được hoặc
đã được bảo hiểm?



Chăm sóc của bệnh viện
 Thăm khám bác sĩ

Đơn thuốc
 Nha khoa

Chăm sóc mắt

Có phải đây là hoặc đã là chương trình phúc lợi giới hạn (giống như hợp đồng tai nạn học đường) không?

Có
 Không

Bảo hiểm này đã bắt
đầu khi nào?



Bảo hiểm này đã (sẽ) dừng lại khi nào?
(Điền trống nếu quý vị vẫn còn được bảo hiểm.)



Bảo hiểm y tế này đã (hoặc sẽ) kết thúc vì chủ hợp đồng bị mất việc làm (sa thải, chấm dứt, bỏ việc), hoặc **Nếu có**, ai mất bảo hiểm?
thay đổi công việc?

Có Không

Có bất kỳ trẻ em nào đã (hoặc sẽ) mất bảo hiểm y tế vì chủ lao động đã ngừng cung cấp bảo hiểm không? Có Không

*Không đánh dấu nếu quý vị nhận được chăm sóc trực tiếp hay đang thực thi Nhiệm Vụ cho một lãnh vực được ủy quyền.



Bảo Hiểm Y Tế từ Chủ Lao Động

Nếu quý vị đang nộp đơn cho ai đó hoặc được cấp bảo hiểm y tế từ việc làm, hãy hoàn thành phần này. Việc này bao gồm bảo hiểm từ việc làm của người khác, chẳng hạn như cha mẹ hoặc người phối ngẫu.

Quý vị có đang nộp đơn cho ai để nhận được bảo hiểm y tế được cấp từ việc làm không? Có Không

Đánh dấu có ngay cả nếu bảo hiểm là từ việc làm của người khác, chẳng hạn như cha mẹ hoặc người phối ngẫu.

Nếu có, hãy hoàn thành phần này và càng nhiều thông tin càng tốt nếu quý vị có thể có trong Phụ Lục B: Bảo Hiểm Y Tế từ (những) Việc Làm.

Đây có phải là chương trình phúc lợi của nhân viên tiểu bang không?

Có Không

Đây có phải là bảo hiểm COBRA không?

Có Không

Đây có phải là chương trình y tế hưu trí không?


Có Không


Nếu quý vị được cấp bảo hiểm y tế từ việc làm của mình, quý vị có phải (hoặc sẽ) trả cho bảo hiểm của quý vị không?

Có Không

Quý vị có (hoặc sẽ) trả tiền bảo hiểm cho (các) con mình không?

Có Không

Chi phí cho bảo hiểm gia đình thông qua chương trình y tế theo nhóm của chủ lao động của quý vị là bao nhiêu? 

Chi phí bảo hiểm cho (các) con của quý vị thông qua chương trình y tế của chủ lao động của quý vị là bao nhiêu? 

Đăng Ký Cử Tri (không bắt buộc)

Nếu quý vị chưa đăng ký bỏ phiếu ở nơi hiện đang sống, quý vị có muốn đăng ký bầu cử ở đây hôm nay không? Có Không

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU VÀO BẤT CỨ Ô NÀO, QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC XEM LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BỎ PHIẾU TẠI THỜI ĐIỂM NÀY.

Để đăng ký, quý vị phải: 1) Ít nhất 18 tuổi vào ngày của cuộc bầu cử kế tiếp; 2) Là công dân Hoa Kỳ ít nhất một tháng TRƯỚC CUỘC BẦU CỬ KẾ TIẾP; 3) Cư trú tại Pennsylvania và khu bầu cử ít nhất 30 ngày trước cuộc bầu cử kế tiếp.

Nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền hỗ trợ mà quý vị sẽ được cung cấp bởi cơ quan này. Nếu quý vị muốn được giúp điền đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quý vị là người đưa ra quyết định tìm kiếm hoặc chấp nhận trợ giúp. Quý vị có thể điền vào mẫu đơn đăng ký một cách riêng tư. Vui lòng liên lạc với văn phòng hỗ trợ của quận nếu quý vị muốn được giúp đỡ. Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định có nên đăng ký hay không, hay trong việc đăng ký bầu cử, hay quyền lựa chọn đảng chính trị của riêng quý vị hoặc sự ưa chuộng đảng chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Bộ Trưởng Khối Thịnh Vượng Chung, Bộ Ngoại Giao PA, Harrisburg, PA 17120. (Số điện thoại miễn phí 1-877-VOTESPA.)

NHÂN VIÊN VĂN PHÒNG HỖ TRỢ CỦA QUẬN SẼ HOÀN TẤT Ô NÀY DỰA TRÊN CÂU TRẢ LỜI Ở TRÊN CỦA QUÝ VỊ COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

Given to Client __/__/__

Sent to voter registration __/__/__

Mailed to Client __/__/__

Declined, not interested __/__/__

Not a U.S. citizen __/__/__

Declined, already registered __/__/__



Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Hỗ Trợ Y Tế

- Tôi hiểu rằng Pennsylvania nhận được thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Hội Đủ Điều Kiện về Thu Nhập (IEVS), các tổ chức tài chính, báo cáo người tiêu dùng và các cơ quan tiểu bang và liên bang để xác minh thông tin 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 một nguồn thông tin bảo đảm khi cơ quan tiểu bang phát hiện các chi tiết mâu thuẫn và thông tin đó có thể ảnh hưởng đến tư cách hội đủ điều kiện và mức trợ cấp của hộ gia đình tôi.
- Tôi hiểu rằng khi ký đơn này, tôi ủy quyền cho bất kỳ tổ chức tài chính nào tiết lộ thông tin qua điện tử hoặc bất kỳ phương tiện nào khác, bất kỳ và tất cả thông tin tài chính do tổ chức đó nắm giữ cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc đại lý hoặc nhà thầu được chỉ định cho mục đích xác định và xác minh tài sản khi cần thiết để xác định và xác định lại tư cách hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ 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 từ tổ chức tài chính, bao gồm các bản dịch khác do tổ chức tài chính thực hiện liên quan tới tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi tư cách hội đủ điều kiện Hỗ Trợ Y Tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định hủy bỏ bằng cách thông báo bằng văn bản cho sở, tùy hành động nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi rút lại giấy ủy quyền này, điều đó có thể khiến tôi hoặc hộ gia đình của tôi không đủ điều kiện cho chương trình Hỗ Trợ Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi hiểu sai, che giấu hoặc giữ lại các chi tiết có thể ảnh hưởng đến khả năng đủ điều kiện nhận trợ cấp của tôi, tôi có thể được yêu cầu hoàn trả các khoản trợ cấp của tôi và tôi có thể bị truy tố và bị loại khỏi việc nhận trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định một đại diện được ủy quyền bằng cách hoàn thành phần Đại Diện được Ủy Quyền và gửi phần đó với đơn xin này.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm về bất kỳ tuyên bố gian lận nào thực hiện trên đơn xin này, ngay cả khi đơn xin được gửi bởi một người nào đó đại diện cho tôi.
- 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 nhập vào đơn này sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng để quản lý phúc lợi. Tôi cho phép tiết lộ thông tin cá nhân, tài chính và y tế cho mục đích xác định tư cách hội đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào được yêu cầu báo cáo phải được báo cáo trong vòng 10 ngày đầu tiên của tháng tiếp theo tháng 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 phúc lợi. Nếu phúc lợi bị từ chối, thay đổi, đình chỉ hoặc ngừng lại, thông báo bằng văn bản sẽ giải thích tại sao.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ có 30 ngày kể từ ngày thông báo để yêu cầu một buổi điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định

được đưa ra trong đơn này.

- Tôi hiểu rằng tình trạng của tôi phải chịu sự xác minh của chủ lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người làm đơn phải cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ hoặc nộp đơn xin số An Sinh Xã Hội nếu không có. Số này có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin trên đơn xin này.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ sử dụng thẻ Chuyển Khoản Phúc lợi Điện tử (EBT) hoặc Thẻ PA ACCESS trong thời gian tôi đủ điều kiện. Tôi chỉ sử dụng thẻ EBT hoặc thẻ PA ACCESS cho người đủ điều kiện, và tôi chỉ có thể nhận được những trợ cấp cần thiết và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không phải cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất cứ ai không nộp đơn xin chăm sóc y tế. Nếu tôi cung cấp số An Sinh Xã Hội, số này có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin trên đơn xin này.
- Tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin đã được nhập vào là đúng theo hình phạt về tội khai man.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được cấp giấy chứng nhận bảo hiểm uy tín để xác minh bảo hiểm y tế của tôi. Luật liên bang giới hạn khi bảo hiểm chăm sóc y tế có thể bị từ chối hoặc giới hạn đối với tình trạng có từ trước. Nếu tôi ghi danh vào chương trình y tế tập thể không bao gồm việc điều trị cho một tình trạng mà tôi đã có, tôi có thể được xác nhận cho thời gian tôi nhận bảo hiểm của chương trình Hỗ Trợ Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được đưa vào gói phúc lợi chăm sóc sức khỏe toàn diện nhất có thể với tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải ghi danh vào một chương trình sức khỏe. Tôi hiểu rằng ghi danh vào một chương trình sức khỏe có thể miễn phí hoặc giá rẻ đối với tôi, bởi Sở sẽ giúp tôi chi trả phí hàng tháng cho chương trình sức khỏe đó. Tôi hiểu rằng mức phí hàng tháng là mức phí theo đầu người. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận Trợ Cấp Y Tế mà tôi không hội đủ điều kiện, do sai sót, man trá, hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả Sở tất cả số tiền phí hàng tháng mà Sở đã chi trả thay cho tôi.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả các cá nhân nộp đơn không hội đủ điều kiện cho chương trình Hỗ Trợ Y Tế, họ có thể hội đủ điều kiện cho chương trình CHIP. Nếu đây là trường hợp, tôi ủy quyền cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh cung cấp tên và thông tin của tôi cho Sở Bảo hiểm hoặc nhà thầu CHIP. Tôi hiểu quyền và trách nhiệm của mình theo CHIP.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả các cá nhân nộp đơn không hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc y tế thông qua sở, họ có thể hội đủ điều kiện nhận trợ cấp liên bang và/hoặc khám phá các lựa chọn chăm sóc y tế tư nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế. Nếu đây là trường hợp, tôi ủy quyền cho sở cung cấp tên và thông tin của tôi về đơn xin này cho Thị trường. Tôi hiểu các quyền và trách nhiệm của mình trong Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế.

CHIP

Quý vị có quyền:

- Bảo mật - Tất cả các thông tin trên đơn xin này sẽ được bảo mật. Đơn xin này sẽ chỉ được chia sẻ với các chương trình của chính phủ mà quý vị nộp đơn



Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị (tiếp theo)

và/hoặc có thể hội đủ điều kiện, chẳng hạn như Chương Trình Hỗ Trợ Y Tế và hỗ trợ bảo hiểm Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế.

- Chỉ định một Đại Diện Cá Nhân - Quý vị có thể chọn một người khác để nhận thông tin về sức khỏe có liên quan với quý vị hoặc (các) trẻ vị thành niên của quý vị bằng cách hoàn tất mẫu Chỉ Định Đại Diện Cá Nhân.
- Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm Có Uy Tín - Khi quý vị rời khỏi chương trình, quý vị sẽ nhận được một giấy chứng nhận bảo hiểm có uy tín để xác minh bảo hiểm y tế, nếu quý vị hội đủ điều kiện.
- Thông Báo bằng Văn Bản – Quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích về tư cách hội đủ điều kiện của quý vị.
- Kháng cáo - Quý vị có thể yêu cầu xét lại công bằng nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ quyết định nào liên quan đến đơn này, nếu yêu cầu được đưa ra trong vòng 30 ngày kể từ ngày có quyết định.

Quý vị có trách nhiệm:

- Đọc và hiểu đầy đủ đơn xin này.
- Cung cấp thông tin đúng, chính xác và đầy đủ, hiểu rằng có những hình phạt cho việc cố ý cung cấp thông tin sai lệch: đó là một hành vi phạm tội nghiêm trọng và được coi là gian lận bảo hiểm hình sự.
- Hỗ trợ việc xem xét đơn xin này, có thể bao gồm các cuộc phỏng vấn và xem xét hồ sơ y tế.
- Lưu ý rằng một số thông tin nhất định có thể cần phải được xác nhận từ chủ lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Cung cấp bằng chứng nhận dạng và quốc tịch Hoa Kỳ nếu thông tin đó không thu thập được qua quá trình làm đơn này.
- Cung cấp bằng chứng về tình trạng di trú hợp pháp bằng cách xuất trình tài liệu từ Sở Công Dân và Di Trú Hoa Kỳ nếu quý vị đang nộp đơn xin cho một người không phải là Công Dân Hoa Kỳ.
- Báo cáo tất cả các thay đổi liên quan đến hộ gia đình của quý vị bao gồm thu nhập, địa chỉ và số điện thoại ngay khi những thay đổi đó xảy ra.

Tôi hiểu:

- Nếu một số hoặc tất cả các cá nhân nộp đơn không hội đủ điều kiện cho chương trình CHIP, họ có thể hội đủ điều kiện cho chương trình Hỗ Trợ Y Tế. Nếu đúng như vậy, tôi ủy quyền cho Sở Bảo Hiểm cung cấp bất kỳ và tất cả các thông tin được tìm thấy trên đơn này cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh. Tôi hiểu các quyền và trách nhiệm của tôi trong chương trình Hỗ Trợ Y Tế.
- Nếu một số hoặc tất cả các cá nhân nộp đơn không hội đủ điều kiện cho chương trình CHIP, họ có thể hội đủ điều kiện nhận trợ cấp liên bang và/hoặc khám phá các lựa chọn chăm sóc y tế tư nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế. Nếu đúng như vậy, tôi ủy quyền cho Sở cung cấp bất

kỳ và tất cả thông tin trên đơn này cho Thị Trường. Tôi hiểu các quyền và trách nhiệm của mình trong Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế.

- Nếu con tôi được xác định hội đủ điều kiện hoặc được đăng ký nhận các phúc lợi chăm sóc y tế cho nhân viên tiểu bang từ một cơ quan công cộng và cơ quan này sẽ thanh toán ngay cả một phần nhỏ trợ cấp hoặc phí bảo hiểm, thì con tôi không đủ điều kiện cho chương trình CHIP. Nếu trường hợp này xảy ra và con tôi đã và đang nhận trợ cấp CHIP, trợ cấp CHIP của con tôi có thể bị hồi tố hủy bỏ.

Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế:

- Tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin đã được nhập vào là đúng theo hình phạt về tội khai man. Tôi biết rằng tôi có thể bị xử phạt theo luật liên bang nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai lệch và/hoặc không đúng sự thật.
- Tôi biết rằng tôi phải báo với Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế nếu có bất cứ điều gì thay đổi (và khác với) những gì tôi đã viết trên đơn xin này. Tôi có thể truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi 1-800-318-2596 để báo cáo bất kỳ thay đổi nào. Tôi hiểu rằng sự thay đổi thông tin của tôi có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện cho (các) thành viên của hộ gia đình tôi.
- Tôi biết rằng theo luật liên bang, không được phép phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tình dục, nhận dạng giới tính hoặc khuyết tật. Tôi có thể nộp đơn khiếu nại về sự phân biệt đối xử bằng cách truy cập www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Tôi xác nhận rằng không có ai nộp đơn xin bảo hiểm y tế trên đơn này bị giam giữ (cầm tù hoặc bỏ tù).

Nếu không _____ bị giam giữ.
(tên của một người)

- Gia hạn bảo hiểm trong những năm sau:** Để dễ dàng xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận trợ giúp thanh toán bảo hiểm y tế trong những năm sau, tôi đồng ý cho phép Thị Trường sử dụng dữ liệu thu nhập của tôi, bao gồm thông tin từ tờ khai thuế. Thị Trường sẽ gửi cho tôi thông báo, để tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào và tôi có thể chọn không tham gia vào bất cứ lúc nào.

Có, hãy tự động gia hạn tư cách hội đủ điều kiện của tôi cho lần tiếp theo:

(chọn một)

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



- Tôi xác nhận, theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi rằng, tôi hiểu các quyền và trách nhiệm của mình và rằng thông tin trong đơn này là đầy đủ và đúng theo hình phạt về tội khai man. Tôi cũng xác nhận rằng việc cố ý cung cấp thông tin sai lệch hoặc không đầy đủ trên đơn xin này là gian lận bảo hiểm.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định một đại diện được ủy quyền bằng cách hoàn thành phần Đại Diện được Ủy Quyền và gửi phần đó với đơn xin này.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm về bất kỳ tuyên bố gian lận nào thực hiện trên đơn xin này, ngay cả khi đơn xin được gửi bởi một người nào đó đại diện cho tôi.
- Tôi hiểu rằng tất cả các cá nhân làm đơn sẽ được cung cấp quyền truy cập vào phạm vi bảo hiểm theo chương trình mà họ hội đủ điều kiện, nếu họ hội đủ điều kiện tham gia chương trình Hỗ Trợ Y Tế, CHIP hoặc phúc lợi liên bang thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế.
- Tôi sẽ cho phép Sở Dịch vụ Nhân sinh cung cấp tên và thông tin của tôi trên đơn này cho Sở Bảo Hiểm hoặc nhà thầu CHIP nếu bất kỳ người nộp đơn nào có thể hội đủ điều kiện cho chương trình CHIP.
- Tôi sẽ cho phép Sở Bảo Hiểm cung cấp bất kỳ và tất cả thông tin được tìm thấy trên đơn này cho Sở Dịch vụ Nhân Sinh nếu bất kỳ người nộp đơn nào có thể hội đủ điều kiện cho chương trình Hỗ Trợ Y Tế.
- Tôi sẽ cho phép Sở Dịch vụ Nhân sinh Pennsylvania và Sở Bảo Hiểm Pennsylvania cung cấp bất kỳ và tất cả thông tin được tìm thấy trên đơn xin này cho Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế nếu bất kỳ người làm đơn nào có thể hội đủ điều kiện nhận trợ cấp liên bang và/hoặc muốn khám phá các tùy chọn chăm sóc y tế cá nhân.
- Tôi cho phép tiết lộ thông tin cá nhân, tài chính và y tế cho mục đích xác định tư cách hội đủ điều kiện và xem xét cho chương trình CHIP, Hỗ Trợ Y Tế và Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế.
- Tôi xác nhận rằng (những) người mà tôi nộp đơn là công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài có tình trạng nhập cư hợp pháp.

X

Chữ ký của người nộp đơn hoặc người làm đơn cho người nộp đơn

Ngày

Nếu quý vị là đại diện được ủy quyền, quý vị có thể ký tên ở đây, nếu các thông tin bắt buộc đã được cung cấp ở phần Đại Diện được Ủy Quyền.

Đại Diện được Ủy Quyền

Quý vị có thể cho phép một người đáng tin cậy nói về đơn xin này với chúng tôi, xem thông tin của quý vị và hành động cho quý vị về các vấn đề liên quan đến đơn xin này, bao gồm việc nhận thông tin trên đơn xin của quý vị và nhân danh quý vị ký đơn này. Người này được gọi là “đại diện được ủy quyền.” Nếu quý vị cần thay đổi đại diện được ủy quyền của mình, hãy liên hệ với văn phòng hỗ trợ của quận tại địa phương của quý vị.

Nếu quý vị là đại diện được chỉ định hợp pháp cho người nộp đơn, quý vị có thể nộp bằng chứng thay cho chữ ký của người nộp đơn ở bên dưới. Nếu đây là trường hợp, vui lòng gửi bằng chứng cùng với đơn xin.

Quý vị có muốn để tên của một người nào đó làm đại diện được ủy quyền cho quý vị không? Có Không

Tên của Đại Diện được Ủy Quyền:	Số điện thoại: ()	Loại điện thoại: (✓): <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Làm việc <input type="checkbox"/> Di động
---------------------------------	---------------------------	--

Địa chỉ nhà (bao gồm đường phố, số căn hộ, thành phố, tiểu bang, quận & mã số vùng + 4):

Vai trò của người đại diện được ủy quyền:	<input type="checkbox"/> Người chăm sóc	<input type="checkbox"/> Người giám hộ hợp pháp	<input type="checkbox"/> Người Liên hệ chính	<input type="checkbox"/> Người thi hành di chúc sống
	<input type="checkbox"/> Thành viên nhóm hỗ trợ	<input type="checkbox"/> Đại diện	<input type="checkbox"/> Giấy ủy quyền	

Bằng cách ký tên, quý vị cho phép người này ký vào đơn xin của quý vị, để nhận thông tin chính thức về đơn xin này và hành động cho quý vị về tất cả các vấn đề trong tương lai với cơ quan này.

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày

HÃY NHỚ KÝ TÊN VÀ ĐỀ NGÀY VÀO ĐƠN XIN NÀY VÀ BAO GỒM CÁC GIẤY TỜ CẦN THIẾT.





Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska (AI / AN)

Hoàn thành phụ lục này nếu quý vị hoặc thành viên gia đình là Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska. Nộp thông tin này cùng với Đơn Xin Bảo Hiểm Y Tế của quý vị.

Hãy cho chúng tôi biết về (các) thành viên trong gia đình của quý vị là Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska.

Người Thổ Dân Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska có thể nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Thổ Dân Da Đỏ, các chương trình y tế bộ lạc, hoặc các chương trình y tế cho người thổ dân da đỏ ở thành thị. Họ cũng có thể không phải trả chi phí chia sẻ và có thể nhận được thời gian đăng ký đặc biệt hàng tháng. Trả lời các câu hỏi sau đây để đảm bảo gia đình của quý vị nhận được sự trợ giúp nhiều nhất có thể.

LƯU Ý: Nếu quý vị có thêm người để đưa vào, hãy sao chép trang này và đính kèm theo.

AI/AN NGƯỜI THỨ 1	Vui Lòng Viết Hoa Tất Cả Các Thông Tin
Tên (tên, tên đệm, họ): _____	Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , tên bộ lạc: _____ Tiểu bang: _____
Người này có bao giờ nhận được dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Thổ Dân Da Đỏ, chương trình y tế bộ lạc hay các chương trình y tế cho người thổ dân da đỏ ở thành thị, hay thông qua giới thiệu từ một trong các chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu không, người này có hội đủ điều kiện để nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Thổ Dân Da Đỏ, chương trình y tế bộ lạc hay các chương trình y tế cho người thổ dân da đỏ ở thành thị, hay thông qua giới thiệu từ một trong các chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Một số tiền nhận được có thể không được tính cho việc chăm sóc y tế. Liệt kê bất kỳ thu nhập nào (số tiền và mức độ thường xuyên) được báo cáo trên đơn xin của quý vị bao gồm tiền từ các nguồn này: <ul style="list-style-type: none"> Thanh toán theo đầu người từ một bộ lạc đến từ nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, cho thuê hoặc tiền bản quyền. Thanh toán từ tài nguyên thiên nhiên, nông nghiệp, chăn nuôi, câu cá, cho thuê, hoặc tiền bản quyền từ đất được Bộ Nội vụ chỉ định là đất tin cậy của Người Thổ Dân Da Đỏ (bao gồm vùng đất bảo tồn và vùng bảo tồn trước đây). Tiền từ việc bán những thứ có ý nghĩa văn hóa. 	\$ _____ Thanh toán thường xuyên như thế nào? _____

AI/AN NGƯỜI THỨ 2	Vui Lòng Viết Hoa Tất Cả Các Thông Tin
Tên (tên, tên đệm, họ): _____	Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , tên bộ lạc: _____ Tiểu bang: _____
Người này có bao giờ nhận được dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Thổ Dân Da Đỏ, chương trình y tế bộ lạc hay các chương trình y tế cho người thổ dân da đỏ ở thành thị, hay thông qua giới thiệu từ một trong các chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu không, người này có hội đủ điều kiện để nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Thổ Dân Da Đỏ, chương trình y tế bộ lạc hay các chương trình y tế cho người thổ dân da đỏ ở thành thị, hay thông qua giới thiệu từ một trong các chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Một số tiền nhận được có thể không được tính cho việc chăm sóc y tế. Liệt kê bất kỳ thu nhập nào (số tiền và mức độ thường xuyên) được báo cáo trên đơn xin của quý vị bao gồm tiền từ các nguồn này: <ul style="list-style-type: none"> Thanh toán theo đầu người từ một bộ lạc đến từ nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, cho thuê hoặc tiền bản quyền. Thanh toán từ tài nguyên thiên nhiên, nông nghiệp, chăn nuôi, câu cá, cho thuê, hoặc tiền bản quyền từ đất được Bộ Nội vụ chỉ định là đất tin cậy của Người Thổ Dân Da Đỏ (bao gồm vùng đất bảo tồn và vùng bảo tồn trước đây). Tiền từ việc bán những thứ có ý nghĩa văn hóa. 	\$ _____ Thanh toán thường xuyên như thế nào? _____





Bảo Hiểm Y Tế từ (các) Việc làm

Hãy cho chúng tôi biết về việc làm có cấp bảo hiểm. Quý vị KHÔNG cần trả lời những câu hỏi này trừ khi một người nào đó trong hộ gia đình đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế từ việc làm.

Viết tên và số An Sinh Xã Hội của quý vị trong phần Thông Tin Nhân Viên. Quý vị có thể cần phải yêu cầu chủ lao động giúp quý vị hoàn thành phần Thông Tin của Chủ Lao Động. Nếu quý vị không thể nhận được thông tin này từ chủ lao động kịp thời, hoặc quý vị cảm thấy việc muốn hoàn thành việc này sẽ trì hoãn việc bắt đầu đơn xin của mình, quý vị có thể gửi đơn của mình mà không cần Phụ Lục B.

Đính kèm bản sao của trang này cho mỗi việc làm có cấp bảo hiểm.


THÔNG TIN VỀ CHỦ LAO ĐỘNG

Tên nhân viên (tên, tên đệm, họ):	Số An Sinh Xã Hội:
-----------------------------------	--------------------

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI CHỦ LAO ĐỘNG

Tên chủ lao động:	Mã số chủ lao động (EIN):
-------------------	---------------------------

Địa chỉ chủ lao động (bao gồm đường, số, thành phố, tiểu bang & mã số vùng + 4):	Số điện thoại của chủ lao động: ()
--	---

Chúng tôi có thể liên lạc với ai về bảo hiểm y tế của nhân viên ở việc làm này? 	Số điện thoại (nếu khác với ở trên): ()	Địa chỉ email:
---	--	----------------

Nhân viên hiện có đủ điều kiện nhận bảo hiểm được cung cấp bởi chủ lao động này không hay nhân viên sẽ hội đủ điều kiện trong ba tháng tới?

- Có** (tiếp tục) Nếu nhân viên không đủ điều kiện vào hôm nay, bao gồm cả kết quả của thời gian chờ đợi hoặc thử việc, khi nào nhân viên đủ điều kiện nhận được bảo hiểm? _____
- Không** (DỪNG LẠI và gửi mẫu này cho nhân viên)

Hãy cho chúng tôi biết về **chương trình bảo hiểm y tế** được cấp bởi **chủ lao động này**.

Chủ lao động có cấp chương trình bảo hiểm y tế cho người phối ngẫu hoặc (những) người phụ thuộc của nhân viên không?

- Có. Người nào: Người phối ngẫu (Những) Người phụ thuộc
- Không (chuyển sang câu hỏi tiếp theo)

Chủ lao động có cấp chương trình bảo hiểm y tế đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu không?*

- Có (chuyển sang câu hỏi tiếp theo) Không (DỪNG LẠI và gửi lại mẫu cho nhân viên)

Đối với chương trình có chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* **chỉ được cung cấp cho nhân viên** (không bao gồm chương trình dành cho gia đình): Nếu chủ lao động có các chương trình chăm sóc sức khỏe lành mạnh, hãy cung cấp phí bảo hiểm mà nhân viên sẽ trả nếu họ được giảm giá tối đa cho bất kỳ chương trình cai thuốc lá nào và không nhận được bất kỳ khoản giảm giá nào khác dựa trên các chương trình chăm sóc sức khỏe lành mạnh.

Chủ lao động sẽ phải thanh toán bao nhiêu phí bảo hiểm cho chương trình này? \$ _____

Thanh toán thường xuyên như thế nào? Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng quý Hàng năm

Nếu chương trình của quý vị sẽ sớm kết thúc và quý vị biết rằng các chương trình bảo hiểm y tế được cung cấp sẽ thay đổi, hãy chuyển sang câu hỏi tiếp theo. Nếu quý vị không biết, DỪNG LẠI và gửi lại mẫu cho nhân viên.

Chủ dụng lao động sẽ thay đổi gì đối với chương trình mới của năm?

- Chủ lao động sẽ không cung cấp bảo hiểm y tế
- Chủ lao động sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm y tế cho nhân viên hoặc thay đổi phí bảo hiểm cho chương trình với chi phí thấp nhất chỉ dành cho nhân viên đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.* (Phí bảo hiểm phải phản ánh việc giảm giá cho các chương trình chăm sóc sức khỏe lành mạnh.

Chủ lao động sẽ phải thanh toán bao nhiêu phí bảo hiểm cho chương trình này? \$ _____

Thanh toán thường xuyên như thế nào? Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng quý Hàng năm

Ngày thay đổi: (tháng/ngày/năm) _____

* Chương trình bảo hiểm y tế do chủ lao động tài trợ đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" nếu phần tổng chi phí phúc lợi được chi trả của chương trình được bao trả bởi chương trình không ít hơn 60% chi phí đó (Mục 36B (C) (2) (C) (ii) của Bộ Luật Doanh Thu Nội Bộ năm 1986).





Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị

Hỗ Trợ Y Tế

- Tôi hiểu rằng Pennsylvania nhận được thông tin từ Hệ Thống Xác Minh Hội Đủ Điều Kiện về Thu Nhập (IEVS), các tổ chức tài chính, báo cáo người tiêu dùng và các cơ quan tiểu bang và liên bang để xác minh thông tin 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 một nguồn thông tin bảo đảm khi cơ quan tiểu bang phát hiện các chi tiết mâu thuẫn và thông tin đó có thể ảnh hưởng đến tư cách hội đủ điều kiện và mức trợ cấp của hộ gia đình tôi.
- Tôi hiểu rằng khi ký đơn này, tôi ủy quyền cho bất kỳ tổ chức tài chính nào tiết lộ thông tin qua điện tử hoặc bất kỳ phương tiện nào khác, bất kỳ và tất cả thông tin tài chính do tổ chức đó nắm giữ cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh hoặc đại lý hoặc nhà thầu được chỉ định cho mục đích xác định và xác minh tài sản khi cần thiết để xác định và xác định lại tư cách hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ 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 từ tổ chức tài chính, bao gồm các bản dịch khác do tổ chức tài chính thực hiện liên quan tới tài khoản hoặc tài sản. Tôi hiểu rằng sự cho phép này có hiệu lực cho đến khi tư cách hội đủ điều kiện Hỗ Trợ Y Tế bị từ chối hoặc kết thúc, hoặc nếu tôi quyết định hủy bỏ bằng cách thông báo bằng văn bản cho sở, tùy hành động nào xảy ra trước. Tôi hiểu rằng nếu tôi rút lại giấy ủy quyền này, điều đó có thể khiến tôi hoặc hộ gia đình của tôi không đủ điều kiện cho chương trình Hỗ Trợ Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi hiểu sai, che giấu hoặc giữ lại các chi tiết có thể ảnh hưởng đến khả năng đủ điều kiện nhận trợ cấp của tôi, tôi có thể được yêu cầu hoàn trả các khoản trợ cấp của tôi và tôi có thể bị truy tố và bị loại khỏi việc nhận trợ cấp trong tương lai.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể chỉ định một đại diện được ủy quyền bằng cách hoàn thành phần Đại Diện được Ủy Quyền và gửi phần đó với đơn xin này.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm về bất kỳ tuyên bố gian lận nào thực hiện trên đơn xin này, ngay cả khi đơn xin được gửi bởi một người nào đó đại diện cho tôi.
- 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 nhập vào đơn này sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng để quản lý phúc lợi. Tôi cho phép tiết lộ thông tin cá nhân, tài chính và y tế cho mục đích xác định tư cách hội đủ điều kiện.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào được yêu cầu báo cáo phải được báo cáo trong vòng 10 ngày đầu tiên của tháng tiếp theo tháng 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 phúc lợi. Nếu phúc lợi bị từ chối, thay đổi, đình chỉ hoặc ngừng lại, thông báo bằng văn bản sẽ giải thích tại sao.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ có 30 ngày kể từ ngày thông báo để yêu

cầu một buổi điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định được đưa ra trong đơn này.

- Tôi hiểu rằng tình trạng của tôi phải chịu sự xác minh của chủ lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Tôi hiểu rằng người làm đơn phải cung cấp số An Sinh Xã Hội của họ hoặc nộp đơn xin số An Sinh Xã Hội nếu không có. Số này có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin trên đơn xin này.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ sử dụng thẻ Chuyển Khoản Phúc lợi Điện tử (EBT) hoặc Thẻ PA ACCESS trong thời gian tôi đủ điều kiện. Tôi chỉ sử dụng thẻ EBT hoặc thẻ PA ACCESS cho người đủ điều kiện, và tôi chỉ có thể nhận được những trợ cấp cần thiết và hợp lý.
- Tôi hiểu rằng tôi không phải cung cấp số An Sinh Xã Hội cho bất cứ ai không nộp đơn xin chăm sóc y tế. Nếu tôi cung cấp số An Sinh Xã Hội, số này có thể được sử dụng để kiểm tra thông tin trên đơn xin này.
- Tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin đã được nhập vào là đúng theo hình phạt về tội khai man.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được cấp giấy chứng nhận bảo hiểm uy tín để xác minh bảo hiểm y tế của tôi. Luật liên bang giới hạn khi bảo hiểm chăm sóc y tế có thể bị từ chối hoặc giới hạn đối với tình trạng có từ trước. Nếu tôi ghi danh vào chương trình y tế tập thể không bao gồm việc điều trị cho một tình trạng mà tôi đã có, tôi có thể được xác nhận cho thời gian tôi nhận bảo hiểm của chương trình Hỗ Trợ Y Tế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi được xác định hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế, tôi sẽ được đưa vào gói phúc lợi chăm sóc sức khỏe toàn diện nhất có thể với tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải ghi danh vào một chương trình sức khỏe. Tôi hiểu rằng ghi danh vào một chương trình sức khỏe có thể miễn phí hoặc giá rẻ đối với tôi, bởi Sở sẽ giúp tôi chi trả phí hàng tháng cho chương trình sức khỏe đó. Tôi hiểu rằng mức phí hàng tháng là mức phí theo đầu người. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận Trợ Cấp Y Tế mà tôi không hội đủ điều kiện, do sai sót, man trá, hoặc bất kỳ lý do nào khác, thì tôi có thể phải hoàn trả Sở tất cả số tiền phí hàng tháng mà Sở đã chi trả thay cho tôi.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả các cá nhân nộp đơn không hội đủ điều kiện cho chương trình Hỗ Trợ Y Tế, họ có thể hội đủ điều kiện cho chương trình CHIP. Nếu đây là trường hợp, tôi ủy quyền cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh cung cấp tên và thông tin của tôi cho Sở Bảo hiểm hoặc nhà thầu CHIP. Tôi hiểu quyền và trách nhiệm của mình theo CHIP.
- Tôi hiểu rằng nếu một số hoặc tất cả các cá nhân nộp đơn không hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc y tế thông qua sở, họ có thể hội đủ điều kiện nhận trợ cấp liên bang và/hoặc khám phá các lựa chọn chăm sóc y tế tư nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế. Nếu đây là trường hợp, tôi ủy quyền cho sở cung cấp tên và thông tin của tôi về đơn xin này cho Thị trường. Tôi hiểu các quyền và trách nhiệm của mình trong Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế.

CHIP

Quý vị có quyền:

- Bảo mật - Tất cả các thông tin trên đơn



Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị (tiếp theo)

xin này sẽ được bảo mật. Đơn xin này sẽ chỉ được chia sẻ với các chương trình của chính phủ mà quý vị nộp đơn và/hoặc có thể hội đủ điều kiện, chẳng hạn như Chương Trình Hỗ Trợ Y Tế và hỗ trợ bảo hiểm Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế.

- Chỉ định một Đại Diện Cá Nhân - Quý vị có thể chọn một người khác để nhận thông tin về sức khỏe có liên quan với quý vị hoặc (các) trẻ vị thành niên của quý vị bằng cách hoàn tất mẫu Chỉ Định Đại Diện Cá Nhân.
- Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm Có Uy Tín - Khi quý vị rời khỏi chương trình, quý vị sẽ nhận được một giấy chứng nhận bảo hiểm có uy tín để xác minh bảo hiểm y tế, nếu quý vị hội đủ điều kiện.
- Thông Báo bằng Văn Bản - Quý vị sẽ nhận được một thông báo bằng văn bản giải thích về tư cách hội đủ điều kiện của quý vị.
- Kháng cáo - Quý vị có thể yêu cầu xét lại công bằng nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ quyết định nào liên quan đến đơn này, nếu yêu cầu được đưa ra trong vòng 30 ngày kể từ ngày có quyết định.

Quý vị có trách nhiệm:

- Đọc và hiểu đầy đủ đơn xin này.
- Cung cấp thông tin đúng, chính xác và đầy đủ, hiểu rằng có những hình phạt cho việc cố ý cung cấp thông tin sai lệch: đó là một hành vi phạm tội nghiêm trọng và được coi là gian lận bảo hiểm hình sự.
- Hỗ trợ việc xem xét đơn xin này, có thể bao gồm các cuộc phỏng vấn và xem xét hồ sơ y tế.
- Lưu ý rằng một số thông tin nhất định có thể cần phải được xác nhận từ chủ lao động, các nguồn tài chính và các bên thứ ba khác.
- Cung cấp bằng chứng nhận dạng và quốc tịch Hoa Kỳ nếu thông tin đó không thu thập được qua quá trình làm đơn này.
- Cung cấp bằng chứng về tình trạng di trú hợp pháp bằng cách xuất trình tài liệu từ Sở Công Dân và Di Trú Hoa Kỳ nếu quý vị đang nộp đơn xin cho một người không phải là Công Dân Hoa Kỳ.
- Báo cáo tất cả các thay đổi liên quan đến hộ gia đình của quý vị bao gồm thu nhập, địa chỉ và số điện thoại ngay khi những thay đổi đó xảy ra.

Tôi hiểu:

- Nếu một số hoặc tất cả các cá nhân nộp đơn không hội đủ điều kiện cho chương trình CHIP, họ có thể hội đủ điều kiện cho chương trình Hỗ Trợ Y Tế. Nếu đúng như vậy, tôi ủy quyền cho Sở Bảo Hiểm cung cấp bất kỳ và tất cả các thông tin được tìm thấy trên đơn này cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh. Tôi hiểu các quyền và trách nhiệm của tôi trong chương trình Hỗ Trợ Y Tế.
- Nếu một số hoặc tất cả các cá nhân nộp đơn không hội đủ điều kiện cho chương trình CHIP, họ có thể hội đủ điều kiện nhận trợ cấp liên bang và/hoặc khám phá các lựa chọn chăm sóc y tế tư nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế. Nếu

đúng như vậy, tôi ủy quyền cho Sở cung cấp bất kỳ và tất cả thông tin trên đơn này cho Thị Trường. Tôi hiểu các quyền và trách nhiệm của mình trong Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế.

- Nếu con tôi được xác định hội đủ điều kiện hoặc được đăng ký nhận các phúc lợi chăm sóc y tế cho nhân viên tiểu bang từ một cơ quan công cộng và cơ quan này sẽ thanh toán ngay cả một phần nhỏ trợ cấp hoặc phí bảo hiểm, thì con tôi không đủ điều kiện cho chương trình CHIP. Nếu trường hợp này xảy ra và con tôi đã và đang nhận trợ cấp CHIP, trợ cấp CHIP của con tôi có thể bị hồi tố hủy bỏ.

Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế:

- Tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin đã được nhập vào là đúng theo hình phạt về tội khai man. Tôi biết rằng tôi có thể bị xử phạt theo luật liên bang nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai lệch và/hoặc không đúng sự thật.
- Tôi biết rằng tôi phải báo với Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế nếu có bất cứ điều gì thay đổi (và khác với) những gì tôi đã viết trên đơn xin này. Tôi có thể truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi 1-800-318-2596 để báo cáo bất kỳ thay đổi nào. Tôi hiểu rằng sự thay đổi thông tin của tôi có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện cho (các) thành viên của hộ gia đình tôi.
- Tôi biết rằng theo luật liên bang, không được phép phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tình dục, nhận dạng giới tính hoặc khuyết tật. Tôi có thể nộp đơn khiếu nại về sự phân biệt đối xử bằng cách truy cập www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Tôi xác nhận rằng không có ai nộp đơn xin bảo hiểm y tế trên đơn này bị giam giữ (cầm tù hoặc bỏ tù).

Nếu không _____ bị giam giữ.
(tên của một người)

- Gia hạn bảo hiểm trong những năm sau:** Để dễ dàng xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận trợ giúp thanh toán bảo hiểm y tế trong những năm sau, tôi đồng ý cho phép Thị Trường sử dụng dữ liệu thu nhập của tôi, bao gồm thông tin từ tờ khai thuế. Thị Trường sẽ gửi cho tôi thông báo, để tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào và tôi có thể chọn không tham gia vào bất cứ lúc nào.

Có, hãy tự động gia hạn tư cách hội đủ điều kiện của tôi cho lần tiếp theo:

(chọn một)

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

