pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Đơn Xin Đài Thọ Lệ Phí Bảo Hiểm, Đồng Bảo Hiểm và Tiền Khấu Trừ Medicare

Nếu quý vị có một tình trạng khuyết tật và cần mẫu đơn này dưới dạng bản in khổ lớn hoặc định dạng khác, vui lòng gọi đường dây trợ giúp của chúng tôi tại số 1-800-692-7462. Những người điếc, lãng tai hoặc có khuyết tật về nói và muốn tiếp xúc với đường dây trợ giúp có thể gọi Dịch Vụ Chuyển Tiếp PA (PA Relay Services) bằng cách gọi số **711.**

This is an application for payment of your Medicare premiums, Coinsurance and Deductibles. If you need this application in a different language or someone to interpret, please contact your local county assistance office, CAO. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud para el pago de su Cobertura de Salud y/o primas de Medicare. Si necesita esta solicitud en otro idioma o servicios de interpretación, comuníquese con su oficina de asistencia del condado (CAO, por sus siglas en inglés) local. La asistencia para comunicarse en otro idioma se proporcionará gratuitamente.

Đây là một đơn xin thanh toán phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ của chương trình Medicare của quý vị. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc cần người phiên dịch, vui lòng liên hệ văn phòng hỗ trợ của hạt tại địa phương (CAO). Việc hỗ trợ về ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

هذا طلب لسداد أقساط الرعاية الطبية والتأمين والاقتطاعات الخاصة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الطلب بلغة مختلفة أو إلى شخص لترجمته فورى، يرجى الاتصال بمكتب المعونة المحلي في مقاطعتك CAO ستقدم المساعدة اللغوية مجانًا.

នេះគឺជាពាក្យសុំសំរាប់ការបង់ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ធានារ៉ាប់រងរួមផ្គា
និង ការដកហូតយកធានារ៉ាប់រង ។ ប្រសិនបើ លោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំ នេះជាភាសាផ្សេង ឬ
ត្រូវការនរណាម្នាក់ឱ្យជួយបកប្រែជូនលោកអ្នក សូមទាក់ទងមកការិយាល័យជំនួយប្រចាំប្រទេស, CAO ។
ចំពោះជំនួយខាងផ្នែកភាសានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយពុំគិតថ្លៃ ។

Данный документ является заявлением на оплату страховых премий программы Medicare, совместного страхования и нестрахуемого минимума. Если это заявление необходимо вам на другом языке, или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения (County assistance office, CAO). Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

这是用于支付您医疗(**Medicare)**保险费用、共负保险额和自负额的申请书。如果您需要另一语言版本的申请书，或者需要他人加以解释，请与您当地的县援助办公室（CAO）联系。将免费提供语言援助。

Thông tin về Bảo Hiểm Y Tế của quý vị

Tôi có nên nộp đơn không?
Có, quý vị nên nộp đơn. Ai cũng có quyền nộp đơn và được khuyến khích làm như vậy.

Có những phúc lợi gì?
Có nhiều phúc lợi khác nhau. Tùy thuộc vào mức thu nhập và nguồn tài sản của quý vị, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận phúc lợi theo một trong các hạng mục sau đây:

Phúc lợi cho Người Hội Đủ Điều Kiện (Qualified Individuals-QI)

- Đài thọ lệ phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị. Mức thu nhập hàng tháng không được vượt quá 135% Định Mức Thu Nhập Diện Nghèo của Liên Bang. Các giới hạn về nguồn tài sản cao hơn đa số các chương trình Trợ Cấp Y Tế khác. Liên lạc với CAO hoặc Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng tại địa phương (CSC) tại số 1-877-395-8930 để biết các mức giới hạn hiện hành. Cư dân Philadelphia vui lòng gọi số 1-215-560-7226.

Người Thụ Hưởng Medicare Có Thu Nhập Thấp (SLMB)

- Đài thọ lệ phí bảo hiểm Medicare Phần B của quý vị. Mức thu nhập hàng tháng không được vượt quá 120% Định Mức Thu Nhập Diện Nghèo của Liên Bang. Các giới hạn về nguồn tài sản cao hơn đa số các chương trình Trợ Cấp Y Tế khác. Liên lạc với CAO hoặc CSC địa phương tại số 1-877-395-8930 để biết các mức giới hạn hiện hành. Cư dân Philadelphia vui lòng gọi số 1-215-560-7226.

Người Thụ Hưởng Medicare Hội Đủ Điều Kiện (QMB)

- Đài thọ lệ phí bảo hiểm Medicare Phần A (nếu quý vị phải tự trả lệ phí bảo hiểm), lệ phí bảo hiểm Medicare Phần B, các khoản khấu trừ và chi phí đồng bảo hiểm (đồng trả) của Medicare. Mức thu nhập hàng tháng không được vượt quá 100% Định Mức Thu Nhập Diện Nghèo của Liên Bang. Các giới hạn về nguồn tài sản cao hơn đa số các chương trình Trợ Cấp Y Tế khác. Liên lạc với CAO hoặc CSC địa phương tại số 1-877-395-8930 để biết các mức giới hạn hiện hành. Cư dân Philadelphia vui lòng gọi số 1-215-560-7226.
- Người Thụ Hưởng Medicare Hội Đủ Điều Kiện cũng có thể đủ điều kiện hưởng phúc lợi Trợ Cấp Y Tế đầy đủ (bao gồm cả dịch vụ xe đưa đón tới các buổi hẹn khám chữa bệnh) và được đài thọ lệ phí bảo hiểm Medicare. Giới hạn về nguồn tài sản là $2,000 mỗi cá nhân/$3,000 mỗi cặp vợ chồng.

Ngay cả khi thu nhập do đi làm và không phải do đi làm mà có và các nguồn tài sản của quý vị cao hơn mức giới hạn này, quý vị vẫn nên nộp đơn vì không phải tất cả các khoản thu nhập đều được tính đến. Một số nguồn tài sản không được tính đến, chẳng hạn như căn nhà nơi quý vị đang cư ngụ. Các giới hạn về thu nhập có thể thay đổi hàng năm.

Đơn xin của quý vị sẽ được xét duyệt để xác định quý vị có đủ điều kiện được đài thọ lệ phí bảo hiểm Medicare Phần B cho 3 tháng trước đó hay không.

Đơn Xin Đài Thọ Lệ Phí Bảo Hiểm Medicare Đồng Bảo Hiểm và Khấu Trừ

Nộp đơn như thế nào?

Điền đơn xin này. Đọc toàn bộ mẫu đơn xin kể cả phần hướng dẫn. Vui lòng viết bằng chữ in khi quý vị trả lời các phần trong đơn xin. Nếu quý vị cần giúp giải đáp thắc mắc, gọi văn phòng trợ cấp quận tại địa phương của quý vị, hoặc CAO, hoặc **HELPLINE tại số 1-800-842-2020 (nếu quý vị là người khiếm thính, gọi số TDD 1-800-451-5886).**

Quý vị có thể nộp đơn trên mạng trực tuyến tại **www.compass.state.pa.us.** qua thư bưu điện hoặc tới văn phòng trợ cấp quận của quý vị.

Tôi nộp đơn ở đâu?

Sau khi quý vị điền xong, gửi đơn xin tới cho văn phòng CAO tại địa phương quý vị. Liên lạc với CSC tại số **1-877-395-8930** để biết địa chỉ chính xác.
Cư dân Philadelphia vui lòng gọi số 1-215-560-7226.

Mất bao lâu mới biết là tôi có hội đủ điều kiện hay không?
Quý vị sẽ cần phải chờ 30 ngày. Nếu cần thêm thông tin, thời gian này có thể kéo dài tới 45 ngày.

Quý vị có cần người thông dịch không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu có, cho ngôn ngữ nào?

PROVIDER USE ONLY

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER

☐ INPATIENT ☐ OUTPATIENT ☐ EMERGENCY

☐ NON-APPLICABLE

COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE

☐ MAIL ☐ WALK-IN	FILE CLEAR BY DATE	SCREEN BY DATE		
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG #	DATE STAMP	CAT
WORKER I.D.	CASELOAD	RECORD NUMBER	2ND DATE	CAT
NAME				
APPOINTMENT DATE/TIME			AM PM	

☐ APPLICATION ☐ RENEWAL

	AUTHORIZED	NOT AUTHORIZED
DATE		
BY		
CAT		
REASON CODE		

Vui Lòng Viết Hoa Tất Cả Các Thông Tin

Câu hỏi 1 - Cho chúng tôi biết về quý vị (đương đơn): Chúng tôi cần thu thập thông tin về quý vị, người nộp đơn xin trợ cấp.

Office Use Line #	Tên (Tên họ, Tên gọi, Tên đệm viết tắt)	JR / SR / v.v.	Ngày sinh (MM / DD / YY)	Giới Tính ☐ Nam ☐ Nữ	Số An Sinh Xã Hội

Số Hồ Sơ Yêu Cầu Hoàn Trả Bảo Hiểm Medicare	Quý vị có phải công dân Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không	Số ID Đăng Ký Ngoại Kiều	Quý vị có thẻ PA Access Card không? ☐ Có ☐ Không	Mối liên hệ BẢN THÂN

CHỦNG TỘC *(Không bắt buộc)* Các cá nhân có thể phù hợp với hơn một nhóm. Đánh dấu tất cả các nhóm thích hợp. Phúc lợi của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không trả lời.

1 ☐ Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi
2 ☐ Gốc Tây Ban Nha
3 ☐ Người Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska
4 ☐ Người Châu Á
5 ☐ Trắng (Không phải gốc Tây Ban Nha)
6 ☐ Khác
7 ☐ Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương

Tình Trạng Hôn Nhân ☐ Độc Thân ☐ Ly Thân ☐ Đã Kết Hôn ☐ Sống chung mà không cưới ☐ Ly Dị ☐ 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:

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

Thành Phố hoặc Thị Trấn	Học Khu

Câu hỏi 2 - Cho chúng tôi biết về vợ/chồng của quý vị nếu họ sống chung với quý vị.

Để xác định quý vị có hội đủ điều kiện hay không, chúng tôi cần biết về người vợ/chồng sống chung với quý vị.

Quý vị có nộp đơn cho vợ/chồng của quý vị không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Office Use Line #	Tên (Tên họ, Tên gọi, Tên đệm viết tắt)	JR / SR / v.v.	Ngày sinh (MM / DD / YY)	Giới Tính ☐ Nam ☐ Nữ	Số An Sinh Xã Hội	Số Hồ Sơ Yêu Cầu Hoàn Trả Bảo Hiểm Medicare

Vợ/chồng của quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không	Số ID Đăng Ký Ngoại Kiều	Vợ/chồng của quý vị có thẻ PA Access Card không? ☐ Có ☐ Không	Mối liên hệ VỢ/CHỒNG

CHỦNG TỘC *(Không bắt buộc)* Các cá nhân có thể phù hợp với hơn một nhóm. Đánh dấu tất cả các nhóm thích hợp. Phúc lợi của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không trả lời.

1 ☐ Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi 2 ☐ Gốc Tây Ban Nha 3 ☐ Người Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska 4 ☐ Người Châu Á 5 ☐ Trắng (Không phải gốc Tây Ban Nha) 6 ☐ Khác 7 ☐ Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương

Câu hỏi 3 - Con cái dưới 21 tuổi. Chúng tôi cần biết có bất kỳ trẻ em nào dưới 21 tuổi sống cùng với quý vị không.

Quý vị có con cái dưới 21 tuổi sống cùng với quý vị không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Office Use Line #	Tên (Tên họ, Tên gọi, Tên đệm viết tắt)	JR / SR / v.v.	Ngày sinh (MM / DD / YY)	Giới Tính ☐ Nam ☐ Nữ	Số An Sinh Xã Hội	Số Hồ Sơ Yêu Cầu Hoàn Trả Bảo Hiểm Medicare

Người này có phải là công dân Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không	Số ID Đăng Ký Ngoại Kiều	Mối liên hệ

CHỦNG TỘC *(Không bắt buộc)* Các cá nhân có thể phù hợp với hơn một nhóm. Đánh dấu tất cả các nhóm thích hợp. Phúc lợi của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không trả lời.

1 ☐ Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi 2 ☐ Gốc Tây Ban Nha 3 ☐ Người Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska 4 ☐ Người Châu Á 5 ☐ Trắng (Không phải gốc Tây Ban Nha) 6 ☐ Khác 7 ☐ Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương

Office Use Line #	Tên (Tên họ, Tên gọi, Tên đệm viết tắt)	JR / SR / v.v.	Ngày sinh (MM / DD / YY)	Giới Tính ☐ Nam ☐ Nữ	Số An Sinh Xã Hội	Số Hồ Sơ Yêu Cầu Hoàn Trả Bảo Hiểm Medicare

Người này có phải là công dân Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không	Số ID Đăng Ký Ngoại Kiều	Mối liên hệ

CHỦNG TỘC *(Không bắt buộc)* Các cá nhân có thể phù hợp với hơn một nhóm. Đánh dấu tất cả các nhóm thích hợp. Phúc lợi của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không trả lời.

1 ☐ Người Da Đen hoặc người Mỹ Gốc Phi 2 ☐ Gốc Tây Ban Nha 3 ☐ Người Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska 4 ☐ Người Châu Á 5 ☐ Trắng (Không phải gốc Tây Ban Nha) 6 ☐ Khác 7 ☐ Người Hawaii Bản Xứ hoặc người Đảo Thái Bình Dương

Câu hỏi 4 - Quân nhân Hoa Kỳ.

Có ai đang là quân nhân Hoa Kỳ, hoặc từng là quân nhân Hoa Kỳ không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Có ai là người góa bụa, vợ/chồng, hoặc con cái (dưới 18 tuổi) của quân nhân Hoa Kỳ, hoặc bất kỳ ai từng là quân nhân Hoa Kỳ không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

NGƯỜI TỪNG THAM GIA QUÂN NGŨ	**BINH CHỦNG** (Ví dụ: Quân Lực, Hải Quân, Thủy Quân Lục Chiến, Không Lực, Vệ Binh Miền Duyên Hải)	THỜI GIAN THAM GIA QUÂN NGŨ

Câu hỏi 5 - Ghi Danh Bỏ Phiếu.

Đăng Ký Cử Tri (không bắt buộc)

Nếu quý vị chưa đăng ký bỏ phiếu ở nơi quý vị đang sống, quý vị có muốn đăng ký bầu cử ở đây hôm nay không? ☐ Có ☐ Không
NẾU KHÔNG CHỌN Ô NÀO, QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC COI LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BẦU CỬ 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 __/__/__

Câu hỏi 6 - Thu Nhập.

Chúng tôi muốn biết về thu nhập của quý vị và thu nhập của vợ/chồng của quý vị. Tính đến cả thu nhập của con cái dưới 21 tuổi. Không phải tất cả các nguồn thu nhập đều được tính. Ví dụ, chúng tôi không tính ít nhất $20 thu nhập và có các khoản khác có thể đã được khấu trừ. Ghi số tiền thu nhập trước khi trừ các khoản (chẳng hạn như thuế hoặc bảo hiểm). (Đính kèm thêm giấy nếu cần).

Có ai kể cả vợ/chồng hoặc con cái, có thu nhập không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu CÓ, ghi bất kỳ khoản thu nhập nào mà quý vị hiện đã nhận được trong tháng này hoặc dự kiến sẽ nhận được tháng này.

- Lương bổng
- Tiền lương nghiệp đoàn
- Trợ cấp cho nhân viên nghỉ làm do đau bệnh
- Trợ cấp thất nghiệp hoặc Bồi thường tai nạn lao động
- Tiền thuê nhà
- Tiền phòng và nơi ở trọ
- Tiền để tham gia huấn luyện
- Tiền hoa hồng
- SSI
- Tự kinh doanh
- Tiền cổ tức hoặc tiền lời
- Tiền chu cấp nuôi con
- Trợ cấp an sinh xã hội
- Trợ cấp hưu trí
- Nguồn thu nhập khác (ghi rõ)

TÊN	DẠNG/NGUỒN THU NHẬP	BAO NHIÊU	BAO LÂU MỘT LẦN?
		$	
		$	
		$	
		$	
		$	

Câu hỏi 7 - Chi phí từ thu nhập. Một số người phải trả chi phí để có được thu nhập. Câu hỏi này là để xác định bất kỳ ai có phải trả những khoản như vậy như là chi phí làm việc liên quan đến tình trạng phế tật, lệ phí luật sư, chi phí tòa án hoặc phương tiện đi lại để có được khoản thu nhập ghi trong Câu hỏi #6.

Có ai, kể cả vợ/chồng hoặc con cái, trả các chi phí như lệ phí luật sư, lệ phí ngân hàng, chi phí tòa án, chi phí phương tiện đi lại và các khoản chi phí công việc liên quan đến tình trạng phế tật để có được thu nhập của họ không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu bất kỳ ai phải trả các khoản chi phí như vậy, vui lòng ghi tên họ ở đây.

CHI PHÍ CỦA AI?	LOẠI CHI PHÍ	SỐ TIỀN?	BAO LÂU MỘT LẦN?
		$	
		$	
		$	

Câu hỏi 8 - Nguồn Tài Sản. Trong câu hỏi này, chúng tôi muốn biết nguồn tài sản của mỗi cá nhân. Nguồn tài sản là các tài sản hoặc khoản tiền tiết kiệm mà quý vị có thể có. Vui lòng lưu ý, không phải tất cả các nguồn tài sản đều được tính đến khi xác định tình trạng hội đủ điều kiện. Ví dụ, chúng tôi không tính đến căn nhà mà quý vị đang cư ngụ. Đánh dấu có hoặc không cho mỗi nguồn tài sản trong danh sách. Đối với mỗi câu trả lời có, trong đó quý vị cho biết là quý vị hoặc người khác có nguồn tài sản trong danh sách, sử dụng phần trống trong bảng để cho biết rõ hơn về nguồn tài sản đó.

Có ai kể cả vợ/chồng hoặc con cái, có bất kỳ nguồn tài sản nào sau đây không?

☐ Có ☐ Không Tiền mặt trong tay (01)
☐ Có ☐ Không Trương mục tiết kiệm (02)
☐ Có ☐ Không Trương Mục Chi Phiếu (03)
☐ Có ☐ Không Trương mục Chứng Nhận Ký Thác (26)
☐ Có ☐ Không Bất động sản không phải là nơi cư ngụ (98)
☐ Có ☐ Không Đất Chôn, Quỹ Dự Phòng hoặc Khế Ước Ủy Thác (97)
☐ Có ☐ Không Trái Phiếu Tiết Kiệm của Chính Phủ Hoa Kỳ (05)
☐ Có ☐ Không Câu Lạc Bộ Đi Nghỉ Giáng Sinh hoặc Câu Lạc Bộ Nghỉ Dưỡng (04)
☐ Có ☐ Không Cổ Phiếu hoặc Trái Phiếu (05)
☐ Có ☐ Không Quỹ Tín Thác (06)
☐ Có ☐ Không IRA, KEOGH, hoặc chương trình hưu trí khác (27)

NGUỒN TÀI SẢN CỦA AI?	LOẠI VÀ ĐỊA ĐIỂM/TỔ CHỨC TÀI CHÍNH	SỐ TRƯƠNG MỤC	GIÁ TRỊ HIỆN TẠI
			$
			$
			$
			$
			$

Câu hỏi 9 - Xe cộ. Trong câu hỏi này, chúng tôi muốn biết về xe cộ. Vui lòng lưu ý - không phải tất cả các xe cộ đều được tính đến khi xác định tình trạng hội đủ điều kiện. Ví dụ, chúng tôi không tính đến chiếc xe đầu tiên.

Có ai, kể cả vợ/chồng hoặc con cái, sở hữu hoặc sẽ mua một chiếc xe hơi, xe tải hoặc xe gắn máy không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

XE CỦA AI?	NĂM SẢN XUẤT, HIỆU XE VÀ KIỂU XE	CÓ GIẤY PHÉP SỬ DỤNG	SỐ TIỀN CÒN NỢ
		☐ Có ☐ Không	$
		☐ Có ☐ Không	$
		☐ Có ☐ Không	$

Câu hỏi 10 - Bảo Hiểm Nhân Thọ. Trong câu hỏi này, chúng tôi muốn biết về bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nhân thọ nào cũng như giá trị danh nghĩa và giá trị tiền mặt của hợp đồng đó, trong phạm vi quý vị biết về vấn đề này.

Có ai, kể cả vợ/chồng hoặc con cái, có hợp đồng bảo hiểm nhân thọ không?
Nếu có, vui lòng điền mục này theo sự hiểu biết nhất của quý vị. Nếu quý vị không có tất cả các thông tin này cũng không sao. ☐ CÓ ☐ KHÔNG

HỢP ĐỒNG CỦA AI	HÃNG BẢO HIỂM	SỐ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	GIÁ TRỊ DANH NGHĨA	GIÁ TRỊ TIỀN MẶT	ĐỐI TƯỢNG ĐƯỢC BẢO HIỂM LÀ AI?
			$	$	
			$	$	
			$	$	

Câu hỏi 11 - Bảo Hiểm Y Tế. Trong câu hỏi này, chúng tôi muốn biết quý vị có bảo hiểm y tế nào khác hay không.

Có ai, kể cả vợ/chồng hoặc con cái, có bảo hiểm y tế nào khác, kể cả Medicare hoặc bảo hiểm do người khác mua hay không? Nếu có, điền mục sau đây và cung cấp bản sao thẻ bảo hiểm và/hoặc thông báo mức lệ phí bảo hiểm. ☐ CÓ ☐ KHÔNG

HÃNG BẢO HIỂM	SỐ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	ĐỐI TƯỢNG ĐƯỢC BẢO HIỂM LÀ AI?	LỆ PHÍ BẢO HIỂM	BAO LÂU TRẢ MỘT LẦN?

Câu hỏi 12 - Các Thay Đổi về Thu Nhập hoặc Nguồn Tài Sản. Nếu quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị đã trả lệ phí bảo hiểm Medicare Phần B trong bất kỳ tháng nào của ba tháng trước đây, quý vị có thể được hoàn lại số tiền đó.

Vui lòng cho chúng tôi biết nếu có thay đổi về thu nhập hoặc nguồn tài sản trong ba tháng vừa qua hay không.

☐ KHÔNG, không có thay đổi gì.

☐ CÓ, có thay đổi về thu nhập hoặc nguồn tài sản. Vui lòng giải thích:

Câu hỏi 13 - Xác Minh. Chúng tôi sẽ cần bằng chứng cho thông tin mà quý vị cung cấp để giải quyết đơn xin của quý vị. Nếu quý vị không thể có được bằng chứng cho các thông tin đó, văn phòng CAO tại địa phương sẽ giúp đỡ quý vị.

☐ Đánh dấu vào đây nếu quý vị cần giúp có được bằng chứng về địa chỉ, thu nhập và/ hoặc nguồn tài sản.

Quý vị có bản sao của thông tin mà quý vị cung cấp không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

VUI LÒNG GỬI BẢN SAO - CHỨ KHÔNG PHẢI LÀ BẢN GỐC	
Nhận dạng: (Chỉ Cần Một Nguồn)	Bằng Lái Xe, Hộ Chiếu, Giấy Tờ Căn Cước Có Hình
Diện Ngoại Kiều (Chỉ cung cấp nếu không phải là Công Dân Hoa Kỳ)	Giấy tờ di trú cập nhật nhất.
Thu nhập	Cuống phiếu lương mới nhất cho một tháng, bằng chứng về trợ cấp hưu trí, thông báo đủ điều kiện tài chánh được nhận trợ cấp thất nghiệp, mẫu khai thuế hoặc các hồ sơ khác về nguồn thu nhập do tự kinh doanh, bản sao các cuống phiếu lương hoặc bản kết toán từ nguồn thu nhập đó.
Nguồn tài sản	Bản kết toán ngân hàng, hợp đồng bảo hiểm, thông báo mức thuế.

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 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 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 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 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.

Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị (tiếp theo)

- 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 xin là công dân Hoa Kỳ hoặc ngoại kiều có tình trạng di trú 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: (✓): ☐ Nhà ☐ Làm việc ☐ 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: ☐ Người chăm sóc ☐ Người giám hộ hợp pháp ☐ Người Liên hệ chính ☐ Người thi hành di chúc sống ☐ Thành viên nhóm hỗ trợ ☐ Đại diện ☐ 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.

Đây là bản sao các quyền và trách nhiệm của quý vị. Vui lòng giữ trang này trong hồ sơ của quý vị.

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 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 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 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 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.

Đây là bản sao các quyền và trách nhiệm của quý vị. Vui lòng giữ trang này trong hồ sơ của quý vị.

Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị (tiếp theo)

- 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.