

# PENNSYLVANIA



## Đơn Xin Trợ Cấp Trợ Cấp Y Tế Người Lao Động Bị Khuyết Tật

Trợ Cấp Y Tế dành cho Người Lao Động Bị Khuyết Tật (MAWD) đề xuất chương trình bảo hiểm y tế dành cho các cá nhân bị khuyết tật được tuyển dụng. Phí bảo hiểm của chương trình này có thể chỉ trên danh nghĩa.

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, lảng tai, hoặc có khuyết tật về nói và muốn liên lạc với đường dây trợ giúp có thể gọi Dịch Vụ Chuyển Tiếp PA bằng cách quay số 711.

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

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

នេះជាពាក្យដាក់សុំអនុវត្តប្រយោជន៍សុំបុគ្គលិក។  
បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយកម្រិត  
សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដែលស្ថិតនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។  
ការបកប្រែនិងផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

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

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

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

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

### Làm Sao Để Tôi Đủ Tiêu Chuẩn?

1. Độ tuổi tối thiểu là 16 và phải dưới 65 tuổi.
2. Các nguồn có thể tính toán được như tài khoản ngân hàng, cổ phiếu và trái phiếu không vượt quá 10.000\$.
3. Nguồn thu nhập có thể tính toán của quý vị sau khi khấu trừ phụ cấp phải thấp hơn 250% so với Hướng Dẫn Thu Nhập Người Nghèo của Liên Bang.
4. Quý vị phải đáp ứng định nghĩa về tình trạng khuyết tật của Bộ Quản Lý An Sinh Xã Hội. Để đáp ứng định nghĩa về tình trạng khuyết tật, quý vị phải đáp ứng một trong các nội dung sau đây:
  - Quý vị hiện đang nhận được Bảo Hiểm An Sinh Xã Hội Dành Cho Người Khuyết Tật (SSDI).
  - Quý vị phải nhận được Thu Nhập An Sinh Bổ Sung, SSI hoặc SSDI trong 12 tháng vừa qua.
  - Nếu quý vị không đáp ứng một trong các điều kiện nêu trên thì Bộ sẽ xem xét tình trạng khuyết tật của quý vị để xác định tình trạng đó có đáp ứng tiêu chí điều kiện hay không.

5. Quý vị cũng phải được tuyển dụng và nhận được khoản bồi thường để có thể nhận được chương trình bảo hiểm với tư cách là một Người Lao động Bị Khuyết tật.

### Tôi Đệ trình đơn Bằng Cách Nào?

1. Hoàn chỉnh mẫu đơn đính kèm. (Nếu quý vị cần được giúp đỡ, hãy gọi tới đường dây Hỗ trợ tại số điện thoại 1-800-842-2020 hoặc điện thoại dành cho người gặp khó khăn về nghe nói 711.) Quý vị cũng có thể liên hệ với văn phòng hỗ trợ tại địa phương của quý vị hoặc CAO hoặc kiểm tra trang web tại địa chỉ [www.dhs.pa.gov](http://www.dhs.pa.gov). Quý vị có thể đệ đơn trực tuyến tại địa chỉ [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us).
2. Gửi kèm tài liệu chứng minh nguồn thu nhập, các chi phí liên quan tới tình trạng khuyết tật, các nguồn thu, số an sinh xã hội, địa chỉ và nhân dạng của quý vị.
3. Đọc phần "Quyền và Trách Nhiệm" và ký tên vào đơn.
4. Gửi đơn của quý vị theo đường thư tín tới CAO của quý vị. Một nhân viên của CAO sẽ liên hệ với quý vị nếu cần bổ sung thông tin. CAO sẽ thông báo cho quý vị về điều kiện nhận trợ cấp của quý vị.

**Nếu quý vị cần hỗ trợ tiền mặt hoặc SNAP, quý vị phải hoàn thành một mẫu đơn khác. Vui lòng gọi tới văn phòng hỗ trợ tại quận của quý vị và quý vị sẽ nhận được một biểu mẫu phù hợp.**





COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE ONLY				AUTHORIZED	UNAUTHORIZED
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK IN	FILE CLEAR BY/DATE	SCREEN BY/DATE	DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG. NUMBER	DATE STAMP	BY	
WORKER ID	CASE LOAD	RECORD NUMBER	CAT	CAT	
NAME			APPOINTMENT DATE/TIME <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	REASON CODE	

HÃY NÓI CHO CHÚNG TÔI BIẾT VỀ QUÝ VỊ, NGƯỜI NỘP ĐƠN			
TÊN CỦA QUÝ VỊ ( Họ, Tên, Tên đệm viết tắt)			SỐ AN SINH XÃ HỘI
ĐỊA CHỈ	TỈNH BANG	MÃ BƯU CHÍNH	CỘNG 4
SỐ ĐIỆN THOẠI	HỌC KHU	CỘNG ĐỒNG SINH SỐNG (PHẦN KHU DÂN SINH)	
Quý vị có nhận được các phúc lợi Bảo Hiểm An Sinh Xã Hội Dành Cho Người Khuyết Tật không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết  Nếu không, hãy cho chúng tôi biết về tình trạng khuyết tật của quý vị và cung cấp tài liệu.			

Vui lòng đính kèm các giấy tờ riêng khi điền vào đơn này nếu cần thêm khoảng trống để điền nội dung.

## ĐĂNG KÝ CỬ TRI (TÙY Ý)

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

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

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

NHÂN VIÊN VĂN PHÒNG HỖ TRỢ QUẬN SẼ ĐIỀN VÀO Ô NÀY DỰA TRÊN PHẢN HỒI CỦA QUÝ VỊ Ở TRÊN

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



# 1. THÔNG TIN HỘ GIA ĐÌNH, CÔNG DÂN VÀ NHẬN DẠNG

Vui lòng liệt kê những người sống cùng với quý vị, bắt đầu từ thông tin về bản thân. Bảo đảm bảo rằng quý vị tìm thấy ở bên dưới các Mã Chứng Tộc (mã chủng tộc là tùy chọn và chỉ nhằm mục đích thống kê, không ảnh hưởng tới khả năng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp của quý vị) và Mã Công Dân cho đơn của quý vị. Đính kèm các giấy tờ bổ sung nếu cần thiết.

Quý vị có hiểu tiếng Anh không?  Có  Không Nếu không, quý vị hiểu ngôn ngữ nào?

<b>CÔNG DÂN:</b> Xin dùng một trong các mã số sau đây:	<b>1. Công Dân Hoa Kỳ</b>	<b>2. Ngoại kiều thường trú</b>	<b>3. Ngoại kiều tạm trú</b>	<b>4. Người tị nạn</b>
	<b>5. Ngoại kiều không có tư liệu rõ ràng</b>	<b>6. Người Tị Nạn Là Vị Thành Niên Không Có Người Hộ Tổng</b>		

**CHUNG TỘC (Tùy chọn):** Sử dụng bất kỳ mã nào dưới đây để điền đơn. Các quyền lợi của quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không đăng ký. Các cá nhân có thể phù hợp với nhiều nhóm.

1. Người Da Đen    2. Người Tây Ban Nha và Bồ Đào Nha    3. Người Da Đỏ Bắc Mỹ hoặc Người Bán Xứ Alaska    4. Người Châu Á  
 5. Người Da Trắng (Không Phải Gốc Tây Ban Nha)    6. Chủng Tộc Khác    7. Người Hawaii bản địa hoặc Cư dân đảo Thái Bình Dương

TÊN (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt)	Jr./Sr., v.v...	NGÀY SINH	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam giới <input type="checkbox"/> Nữ giới	SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ ĐƠN ĐÒI MEDICARE
HỌ TÊN THEO GIẤY KHAI SINH (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt.)	Nơi Sinh	Nơi Sinh Thuộc Quận	Nơi Sinh Thuộc Thành Phố	Số người nước ngoài đăng ký	Quý Vị Đang Đăng Trình đơn Cho Người Đây? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
TÊN MẸ TRƯỚC KHI KẾT HÔN (Họ, Đệm)	Mã Chứng Tộc	Mã Công Dân	Người Đây Đã Có Thẻ Access PA Chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Giấy phép lái xe (Tiểu bang & Số) hoặc Số ID Tiểu bang	Mối Quan Hệ Của Người Đăng Trình đơn và Quý Vị

TÊN (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt)	Jr./Sr., v.v...	NGÀY SINH	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam giới <input type="checkbox"/> Nữ giới	SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ ĐƠN ĐÒI MEDICARE
HỌ TÊN THEO GIẤY KHAI SINH (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt.)	Nơi Sinh	Nơi Sinh Thuộc Quận	Nơi Sinh Thuộc Thành Phố	Số người nước ngoài đăng ký	Quý Vị Đang Đăng Trình đơn Cho Người Đây? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
TÊN MẸ TRƯỚC KHI KẾT HÔN (Họ, Đệm)	Mã Chứng Tộc	Mã Công Dân	Người Đây Đã Có Thẻ Access PA Chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Giấy phép lái xe (Tiểu bang & Số) hoặc Số ID Tiểu bang	Mối Quan Hệ Của Người Đăng Trình đơn và Quý Vị

TÊN (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt)	Jr./Sr., v.v...	NGÀY SINH	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam giới <input type="checkbox"/> Nữ giới	SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ ĐƠN ĐÒI MEDICARE
HỌ TÊN THEO GIẤY KHAI SINH (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt.)	Nơi Sinh	Nơi Sinh Thuộc Quận	Nơi Sinh Thuộc Thành Phố	Số người nước ngoài đăng ký	Quý Vị Đang Đăng Trình đơn Cho Người Đây? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
TÊN MẸ TRƯỚC KHI KẾT HÔN (Họ, Đệm)	Mã Chứng Tộc	Mã Công Dân	Người Đây Đã Có Thẻ Access PA Chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Giấy phép lái xe (Tiểu bang & Số) hoặc Số ID Tiểu bang	Mối Quan Hệ Của Người Đăng Trình đơn và Quý Vị

TÊN (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt)	Jr./Sr., v.v...	NGÀY SINH	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam giới <input type="checkbox"/> Nữ giới	SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ ĐƠN ĐÒI MEDICARE
HỌ TÊN THEO GIẤY KHAI SINH (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt.)	Nơi Sinh	Nơi Sinh Thuộc Quận	Nơi Sinh Thuộc Thành Phố	Số người nước ngoài đăng ký	Quý Vị Đang Đăng Trình đơn Cho Người Đây? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
TÊN MẸ TRƯỚC KHI KẾT HÔN (Họ, Đệm)	Mã Chứng Tộc	Mã Công Dân	Người Đây Đã Có Thẻ Access PA Chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Giấy phép lái xe (Tiểu bang & Số) hoặc Số ID Tiểu bang	Mối Quan Hệ Của Người Đăng Trình đơn và Quý Vị

TÊN (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt)	Jr./Sr., v.v...	NGÀY SINH	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam giới <input type="checkbox"/> Nữ giới	SỐ AN SINH XÃ HỘI	SỐ ĐƠN ĐÒI MEDICARE
HỌ TÊN THEO GIẤY KHAI SINH (Họ, Đệm, Tên đệm viết tắt.)	Nơi Sinh	Nơi Sinh Thuộc Quận	Nơi Sinh Thuộc Thành Phố	Số người nước ngoài đăng ký	Quý Vị Đang Đăng Trình đơn Cho Người Đây? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
TÊN MẸ TRƯỚC KHI KẾT HÔN (Họ, Đệm)	Mã Chứng Tộc	Mã Công Dân	Người Đây Đã Có Thẻ Access PA Chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Giấy phép lái xe (Tiểu bang & Số) hoặc Số ID Tiểu bang	Mối Quan Hệ Của Người Đăng Trình đơn và Quý Vị



## 2. THU NHẬP

Vui lòng cho chúng tôi biết nếu bất kỳ người nào có tên trong đơn đang nhận hoặc đang dự kiến nhận bất kỳ một nguồn thu nào. Liệt kê giá trị thu nhập trước khi thực hiện các khoản khấu trừ (ví dụ các khoản thuế hoặc bảo hiểm). Các khoản thu nhập bao gồm nhưng không giới hạn đối với :

- Các Khoản Tiền Công     Giữ Trẻ Hộ     Cho Thuê     Trợ Cấp Cựu Chiến Binh     Trợ Cấp Ôm Đầu     Cổ Tức hoặc Lãi Suất  
 Tự Trả Lương     Tiền Phòng và Tiền Cơm Tháng     An Sinh Xã Hội/SSI     Trợ Cấp Hoạch Cấp Dưỡng Sau Ly Hôn  
 Trợ Cấp Thất Nghiệp Hoạch Bồi Thường Cho Lao Động     Tiền Hoa Hồng     Tiền Trợ Cấp Học Cao Đẳng hoặc Đào Tạo

TÊN		ĐƯỢC THUÊ TUYỂN NGUỒN THU NHẬP	ĐỊA CHỈ CỦA CHỦ LAO ĐỘNG	SỐ ĐIỆN THOẠI
SỐ GIỜ LÀM VIỆC MỖI TUẦN	LƯƠNG TÍNH THEO GIỜ	MỨC ĐỘ THƯỜNG XUYÊN CỦA THU NHẬP NHẬN ĐƯỢC? (KHOANH TRÒN MỘT LỰA CHỌN)		TỔNG GIÁ TRỊ TRƯỚC KHI KHẤU TRỪ
		Hàng tuần / Hai tuần một lần / Hàng tháng / Khác (giải thích)		
		Hàng tuần / Hai tuần một lần / Hàng tháng / Khác (giải thích)		
		Hàng tuần / Hai tuần một lần / Hàng tháng / Khác (giải thích)		
		Hàng tuần / Hai tuần một lần / Hàng tháng / Khác (giải thích)		
		Hàng tuần / Hai tuần một lần / Hàng tháng / Khác (giải thích)		

## 3. CÁC CHI PHÍ

Quý vị có thể đã chi tiền để nhận được được các khoản đó. Nếu quý vị đã chi trả, vui lòng liệt kê các chi phí dưới đây :

- Chi Phí Tòa Án hoặc Lệ Phí Ủy Quyền     Vận Tải     Các suy giảm liên quan tới các chi phí công việc  
 (ví dụ như các thiết bị y tế hoặc chăm sóc có người phục vụ)

TÊN	DẠNG CHI PHÍ	SỐ TIỀN	MỨC ĐỘ THƯỜNG XUYÊN THANH TOÁN

## 4. CÁC NGUỒN



Có người nào được nêu tên trong đơn có bất cứ nguồn thu nào dưới đây không?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tiền mặt trong quỹ (01)                 | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Quý tín thác (06)                           |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tài khoản tiết kiệm (02)                | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Giấy chứng nhận tiền gửi (26)               |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tài khoản Séc (03)                      | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không IRA, KEOGH hoặc kế hoạch nghỉ hưu khác (27) |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Hội hợp Giáng sinh hoặc kỳ nghỉ lễ (04) | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Dự trữ mai táng (97)                        |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Cổ phiếu hoặc Trái phiếu (05)           | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tài sản không phải của cư dân (98)          |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Trái phiếu tiết kiệm Hoa Kỳ (05)        |  |

TÊN	MÔ TẢ DẠNG/SỐ TÀI KHOẢN/ĐỊA ĐIỂM CỦA NGUỒN	GIÁ TRỊ HIỆN TẠI

- Có  Không Có người nào được nêu tên trong đơn này đang chờ nhận tiền hoặc bất kỳ nguồn thu nào ví dụ nhưng không giới hạn trong số tiền thanh toán tai nạn, thừa kế, tài sản ủy thác hoặc các nguồn khác không? Nếu có, nêu hình thức của nguồn thu: \_\_\_\_\_  
Giá trị: \_\_\_\_\_ Ngày dự kiến: \_\_\_\_\_
- Có  Không Từ ngày 08 tháng 2 năm 2006, quý vị hoặc bất cứ ai được nêu trong đơn đã cho tặng, bán hoặc chuyển nhượng bất cứ tài sản nào như: nhà, đất, tài sản cá nhân, các chính sách bảo hiểm nhân thọ, tiền trợ cấp hàng năm, tài khoản ngân hàng, chứng nhận ủy thác, cổ phiếu, IRA, trái phiếu hoặc quyền hưởng thu nhập không? Nếu có, mô tả dạng tài sản đó: \_\_\_\_\_ Giá trị: \_\_\_\_\_  
Ngày bán, chuyển nhượng hoặc cho tặng: \_\_\_\_\_

Có ai nào được nêu tên trong đơn này đang sở hữu hoặc đang thanh toán tiền mua phương tiện (ô tô, xe tải, xe máy) không?  Có  Không

TÊN	NĂM	THỰC HIỆN	MÔ HÌNH	ĐÃ CẤP PHÉP	SỐ TIỀN CÒN NỢ
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

Có ai được nêu trên trong đơn này nhận được bảo hiểm nhân thọ không?  Có  Không

CHỦ HỢP ĐỒNG	TÊN CỦA CÔNG TY BẢO HIỂM/SỐ HỢP ĐỒNG	GIÁ TRỊ DANH NGHĨA	GIÁ TRỊ TIỀN MẶT	AI ĐƯỢC BẢO HIỂM?

Có ai được nêu tên trong đơn này có chương trình bảo hiểm y tế khác ngoài chương trình Trợ Cấp Y Tế không?  Có  Không

CHỦ HỢP ĐỒNG	TÊN CỦA CÔNG TY BẢO HIỂM/SỐ HỢP ĐỒNG	AI ĐƯỢC BẢO HIỂM?

## 5. TRỢ CẤP DÀNH CHO PHỤ NỮ MANG THAI

Hiện có các khoản trợ cấp bổ sung có hiệu lực đối với phụ nữ đang mang thai. Hoàn chỉnh phần này nếu quý vị muốn giới thiệu một thành viên trong hộ gia đình mình đang mang thai.

TÊN	ĐỊA CHỈ	THỜI GIAN MANG THAI



## 8. ĐÍNH KÈM BẰNG CHỨNG



Để giải quyết đơn của quý vị, chúng tôi cần bằng chứng cho thông tin mà quý vị đã cung cấp. Nếu quý vị không đủ khả năng đưa ra bằng chứng về thông tin, CAO của quý vị sẽ hỗ trợ quý vị.

Hãy đánh dấu tại đây nếu quý vị cần được giúp đỡ trong việc nhận bằng chứng về địa chỉ, thu nhập và/hoặc các nguồn khác.

Quý vị có các bản sao về thông tin mà quý vị đã cung cấp không?  Có  Không

### VUI LÒNG GỬI BẢN SAO – KHÔNG GỬI BẢN GỐC

Giấy chứng minh (chỉ cần một tài liệu)	bằng lái xe, hộ chiếu, bản sao chứng minh thư
Quyền công dân	giấy khai sinh hoặc hộ chiếu
Tình trạng ngoại kiều (chỉ áp dụng cho người không phải công dân Hoa Kỳ)	Các tài liệu nhập cư mới nhất
Địa chỉ (Chỉ cần một tài liệu)	hóa đơn thuê, hóa đơn tiện nghi, giấy phép lái xe (địa chỉ hiện tại), hóa đơn hoặc biên lai thế chấp, hồ sơ thư tín, hồ sơ thuế, v.v...
Lợi tức	Cuống biên lai thanh toán hiện tại, chứng nhận trợ cấp, Thông Báo Hội Đủ Điều Kiện Tài Chính Nhận Trợ Cấp Thất Nghiệp, biểu mẫu thuế hoặc các hồ sơ khác về nguồn thu nhập tự trả lương, các bản sao của các cuống séc hoặc bảng kê từ các nguồn thu nhập.
Các nguồn tài nguyên	bảng sao kê của ngân hàng, chính sách bảo hiểm, Thông Báo Đánh Giá Thuế

Nếu quý vị không thể chuẩn bị được bằng chứng cho thông tin mà quý vị đã cung cấp thì văn phòng hỗ trợ quận sẽ hỗ trợ quý vị. Vui lòng đính kèm bản giải thích lý do quý vị không đủ khả năng cung cấp bằng chứng.

## 9. CÁC TRỢ CẤP NÀY BẮT ĐẦU KHI NÀO?

Quý vị có thể lựa chọn tháng Trợ Cấp Y Tế bắt đầu theo mong muốn. Đánh dấu vào (✓) một trong các hộp dưới đây:

Kiểm tra (✓) tại đây và khả năng hội đủ điều kiện của quý vị sẽ bắt đầu từ tháng đệ trình đơn. Quý vị sẽ phải thanh toán tiền phí bảo hiểm từ tháng đệ trình đơn.

Hãy kiểm tra (✓) tại đây và điều kiện tham gia của quý vị sẽ bắt đầu vào tháng tiếp theo sau thời điểm đệ trình đơn. Quý vị sẽ phải thanh toán phí bảo hiểm bắt đầu vào tháng tiếp theo sau thời điểm đệ trình đơn.

## 10. CÁCH THỨC THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM

Để tham gia vào chương trình này, quý vị phải thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng. Phương thức thanh toán thường được sử dụng là khấu trừ lương. Thông qua khấu trừ lương, chủ lao động sẽ khấu trừ phí bảo hiểm hàng tháng trực tiếp từ tài khoản tiền lương của quý vị. Vui lòng đánh dấu vào hộp dưới đây nếu quý vị muốn khấu trừ tiền lương.

CÓ, tôi muốn khấu trừ lương.

Nếu quý vị tự trả lương cho mình, không muốn khấu trừ lương hay người chủ của quý vị không cho khấu trừ lương thì quý vị sẽ nhận được bản sao kê hàng tháng. Quý vị sẽ chịu trách nhiệm gửi thư bản sao kê từng tháng với khoản thanh toán của quý vị. Vui lòng đánh dấu vào hộp dưới đây nếu quý vị muốn nhận giấy bản sao kê hàng tháng và không muốn khấu trừ lương

KHÔNG, tôi không muốn khấu trừ lương.

LƯU Ý: Trong một số trường hợp, quý vị có thể không bắt buộc phải đóng phí bảo hiểm.



# 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 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



## Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị (tiếp theo)

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.
- Hãy thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị không thanh toán phí bảo hiểm đúng hạn, quý vị có thể mất bảo hiểm y tế của mình. Quý vị có thể được miễn phí bảo hiểm vì những lý do như đang có những vấn đề về sức khỏe, bị nghỉ việc tạm thời hoặc mất việc, bị phân biệt đối xử, hoặc những yếu tố khác ngoài sự kiểm soát của quý vị. Quý vị cũng phải dự kiến quay trở lại công việc cũ hoặc thực sự nỗ lực tìm việc khác.
- Hãy liên hệ với nhà cung cấp để được hoàn tiền cho bất kỳ hóa đơn y tế nào quý vị đã thanh toán trong khoảng thời gian từ ngày nộp đơn cho tới ngày quyết định tính hội đủ điều kiện của quý vị.

### 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](http://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](http://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.**

## **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 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.

## **Quyền và Trách Nhiệm của Quý Vị (tiếp theo)**

- 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.
- Hãy thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị không thanh toán phí bảo hiểm đúng hạn, quý vị có thể mất bảo hiểm y tế của mình. Quý vị có thể được miễn phí bảo hiểm vì những lý do như đang có những vấn đề về sức khỏe, bị nghỉ việc tạm thời hoặc mất việc, bị phân biệt đối xử, hoặc những yếu tố khác ngoài sự kiểm soát của quý vị. Quý vị cũng phải dự kiến quay trở lại công việc cũ hoặc thực sự nỗ lực tìm việc khác.
- Hãy liên hệ với nhà cung cấp để được hoàn tiền cho bất kỳ kỳ hóa đơn y tế nào quý vị đã thanh toán trong khoảng thời gian từ ngày nộp đơn cho tới ngày quyết định tính hội đủ điều kiện của quý vị.

### **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](http://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](http://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.