

5. Kinh doanh cá thể: Liệt kê những người đang tự kinh doanh và đính kèm bản sao tờ khai thuế gần nhất (nếu đăng ký kê khai thuế) hoặc các tài liệu chứng minh thu nhập và các chi phí trong ba tháng qua.

TÊN	TÊN VÀ LOẠI HÌNH KINH DOANH	SỐ GIỜ LÀM VIỆC TRONG MỘT TUẦN	TỔNG DOANH THU HÀNG THÁNG TRƯỚC KHI TRỪ CÁC CHI PHÍ	TỔNG CHI PHÍ HÀNG THÁNG

6. Các hóa đơn khám chữa bệnh chưa thanh toán: Chúng tôi có thể thanh toán các hóa đơn khám chữa bệnh chưa thanh toán trong ba tháng qua. Nếu bất kỳ ai trong số những người bạn đang đăng ký có các hóa đơn khám chữa bệnh chưa thanh toán trong ba tháng qua, và bạn muốn chúng tôi xem xét bạn có đủ tiêu chuẩn cho chương trình này không thì hãy khoanh tròn **Có** hoặc **Không**. Hãy đính kèm bằng chứng về thu nhập trong ba tháng qua.

7. Các quỹ ủy thác: Có ai trong số những người bạn đang đăng ký mở quỹ ủy thác không? Trả lời **Có** hoặc **Không** (chỉ chọn một). Nếu có, chúng tôi sẽ liên lạc với bạn để biết thêm thông tin.

8. Bảo hiểm y tế: Liệt kê những người có tên trên trang 1 đang/đã được bảo hiểm y tế trong 6 tháng qua.

LIỆT KÊ (NHỮNG) NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	1	3	5

Công ty bảo hiểm _____ Loại bảo hiểm _____
Xin cung cấp bản sao của cả hai mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm sức khỏe, tai nạn, y tế chính yếu, rang hoặc loại khác

Ngày bắt đầu _____ Ngày kết thúc _____ Nếu bảo hiểm y tế đã hết hạn đối với bất kỳ ai trong sáu tháng qua, nêu rõ lý do _____

9. Ở nhà bạn sử dụng ngôn ngữ chính nào? (tùy chọn) Tiếng Anh _____ Tiếng Tây Ban Nha _____ Tiếng Đức _____ Tiếng Hmong _____ Tiếng Việt _____ Tiếng Pháp _____ Tiếng Ý _____ Ngôn ngữ khác _____

10. Các điều kiện quan trọng và sự cho phép cung cấp thông tin:

Tôi biết rằng tôi có quyền bình đẳng bất kể dân tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, tình trạng sức khỏe, tôn giáo, đảng phái chính trị hoặc nguồn gốc.

Tôi biết rằng tôi có quyền yêu cầu giữ bảo mật các thông tin đã cung cấp trừ khi có liên quan trực tiếp đến việc quản lý các chương trình HealthWave, HealthConnect, hoặc các chương trình phúc lợi khác.

Tôi biết rằng tôi phải cung cấp hoặc đăng ký số an sinh xã hội cho tất cả những người tôi đang đăng ký thụ hưởng bảo hiểm y tế và sử dụng các số này để quản lý chương trình. Các số này còn sẽ được sử dụng tương thích với các tổ chức khác ví dụ như ngân hàng, tổ chức an sinh xã hội và dịch vụ thu nhập nội bộ.

Tôi xác nhận tất cả những người tôi đang đăng ký thụ hưởng bảo hiểm y tế và được xác định đủ tư cách thụ hưởng bảo hiểm y tế đều là công dân Mỹ hoặc là người nhập cư hợp pháp.

Tôi có thể phải cung cấp bằng chứng về tình trạng nhập cư hợp pháp cho tất cả những người tôi đang đăng ký thụ hưởng bảo hiểm y tế.

Tôi nhận biết trách nhiệm phải cung cấp các thông tin về thu nhập, địa chỉ và thành phần gia đình hiện tại.

Tôi nhận biết trách nhiệm sử dụng và báo cáo về bất kỳ nguồn thứ ba nào (ví dụ bảo hiểm y tế, phán quyết của tòa án, các khoản thanh toán trợ cấp y tế, quỹ ủy

thác, quỹ bảo trợ, v.v...) mà có thể có nghĩa vụ pháp lý phải thanh toán một phần hoặc tất cả các chi phí khám chữa bệnh của những người mà tôi đang đăng ký.

Tôi nhận biết việc thanh toán cho một dịch vụ đặc biệt có thể bị trì hoãn trong khi chờ kết quả xác nhận về tình trạng không thể sử dụng một nguồn thứ ba nào.

Tôi nhận biết một số hoặc tất cả những người mà tôi đang đăng ký có thể được thụ hưởng bảo hiểm y tế theo chương trình Medicaid nếu đủ điều kiện.

Tôi chấp thuận các khoản thanh toán dịch vụ khám chữa bệnh theo chương trình này cho những người mà tôi đăng ký và đủ điều kiện sẽ được chuyển trực tiếp cho các bác sĩ và các nhà cung cấp y tế khác.

Tôi hiểu các câu hỏi trong đơn này và tôi biết việc khai không đúng sự thật sẽ bị phạt.

Tôi xác nhận rằng các câu trả lời của tôi là chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết của tôi và sẽ chịu phạt nếu khai không đúng sự thật.

Nếu đăng ký chương trình thụ hưởng bảo hiểm y tế cho người lớn và trẻ em và nếu bất kỳ ai trong số những người lớn này đủ tiêu chuẩn thụ hưởng bảo hiểm y tế, tôi chấp thuận giúp đỡ việc hỗ trợ thực hiện bảo hiểm y tế cho trẻ em (CSE), nếu cần.

Nếu những người lớn trong nhà đủ điều kiện thụ hưởng bảo hiểm y tế, tôi chấp thuận chuyển khoản thanh toán hỗ trợ y tế cho tất cả những người được nhận hỗ trợ y tế.

Tôi nhận biết bất kỳ khoản thanh toán nào được một nguồn thứ ba trả cho tôi đối với các dịch vụ khám chữa bệnh thuộc phạm vi chương trình HealthWave và HealthConnect đều sẽ được sử dụng để thanh toán cho các hóa đơn khám chữa bệnh hợp lý và các chương trình này chỉ thanh toán cho các dịch vụ không thuộc phạm vi thanh toán của các nguồn thứ ba. Tôi đồng ý hợp tác với cơ quan hỗ trợ y tế trong việc theo đuổi các nguồn thứ ba này.

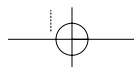
Tôi cho phép các nhà cung cấp y tế theo chương trình này cung cấp các thông tin y tế cho Cơ quan an sinh xã hội (SRS), Bộ Y Tế & Dịch Vụ Con Người Hoa Kỳ, các công ty bảo hiểm và các nhà cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh. Tôi cũng cho phép SRS chia sẻ các thông tin y tế vì những mục đích quản lý với các cơ quan và nhà thầu khác.

Đây chỉ là đơn xin thụ hưởng chương trình HealthWave và HealthConnect. Bạn có thể đăng ký các chương trình chăm sóc sức khỏe khác, ví dụ như các chương trình dành cho người cao tuổi và người tàn tật, tại văn phòng SRS địa phương.

Tôi nhận biết tôi có quyền gửi đơn khiếu nại nếu tôi không đồng ý với quyết định. Đơn thư khiếu nại phải được gửi trong vòng 30 ngày kể từ khi có quyết định.

11. Ký tên: Để được coi là đầy đủ, đơn phải được ký tên và ghi ngày tháng.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐƯƠNG ĐƠN	NGÀY	<p><i>Chữ ký của tôi trên đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu các điều kiện nói trên. Đồng thời tôi ủy quyền cho người thuê lao động, nhà cung cấp y tế, tổ chức tài chính, công ty bảo hiểm, cơ quan phúc lợi và các tổ chức cá nhân khác mà biết rõ hoàn cảnh của tôi được phép cung cấp cho chương trình HealthWave, HealthConnect, hoặc các chương trình phúc lợi khác, mọi thông tin bao gồm thông tin bảo mật cần thiết để xác nhận tư cách thụ hưởng chương trình của tôi. Mọi thông tin nêu trong đơn này được bảo vệ theo các luật bảo mật của liên bang và tiểu bang. Giấy ủy quyền cung cấp thông tin này có hiệu lực kể từ hôm nay. Bản sao của giấy ủy quyền này có giá trị như bản chính.</i></p>
CHỮ KÝ CỦA VỢ/CHỒNG HOẶC NGƯỜI LỚN KHÁC (NẾU CÓ)	NGÀY	



M Ầ U Đ ƠN



LƯU Ý

Những điều cần lưu ý

Đọc kỹ và trả lời đầy đủ tất cả các câu hỏi trong mẫu đơn đính kèm (nếu không đủ chỗ, có thể sử dụng thêm các tờ giấy rời).

Đính kèm bản sao của tất cả các tài liệu cần thiết (không gửi các bản chính).

Nếu bạn đủ 18 tuổi phải sử dụng mẫu đơn riêng.

Đảm bảo là đã ký tên và ghi ngày tháng vào đơn, ý kiến phản hồi sẽ được gửi về trong vòng 6-8 tuần.

Sử dụng phong bì đã dán sẵn tem đính kèm để gửi đơn và bản sao các tài liệu cần thiết.

Để nhận mẫu đơn bằng ngôn ngữ khác, các dịch vụ thông dịch hoặc hướng dẫn miễn phí, hãy gọi số 1-800-792-4884 hoặc 1-800-792-4292 (TTY).

Tất cả các đơn xin đều được chương trình Medicaid xét duyệt trước.

Nếu bạn từ 18 tuổi trở lên và lựa chọn chương trình HealthConnect, bạn sẽ phải thanh toán 1 đô la đến 3 đô la cho một số dịch vụ khám chữa bệnh.