

Đơn Xin Hưởng các dịch vụ Chăm Kế Hoạch Hóa Gia Đình dành cho những người không phải là công dân

| | |
|---|---|
| <p>Quý vị có hội đủ điều kiện để hưởng chương trình dịch vụ FPO dành cho những người không phải là công dân (được tiểu bang tài trợ)</p> | <p>Chương trình dịch vụ FPO dành cho những người không phải là công dân (được tiểu bang tài trợ) là dành cho các cá nhân không đáp ứng yêu cầu về tình trạng công dân hoặc nhập cư, hay dành cho các cá nhân đủ tư cách đã không đáp ứng thời hạn nhập cư 5 năm. Các chương trình FPO hiện có cho cư dân Washington có thu nhập bằng hoặc dưới 260% mức nghèo do liên bang quy định (FPL), bất kể giới tính và tình trạng nhập cư, họ là người không hội đủ điều kiện hưởng các chương trình Apple Health toàn diện và không có bảo hiểm y tế khác.</p> <p>Các chương trình FPO cũng hiện có cho các cá nhân được bảo hiểm đang tìm kiếm các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình bí mật. Quý vị có thể nộp đơn xin hưởng các chương trình FPO vào bất kỳ lúc nào.</p> |
| <p>Quý vị có được xem là một cư dân tiểu bang Washington không?</p> | <p>Quý vị là một cư dân tiểu bang Washington nếu quý vị hiện đang sống và dự định cư trú ở Washington, vào tiểu bang để tìm việc hoặc vào tiểu bang với cam kết làm việc.</p> |
| <p>Các phúc lợi nào được bao trả?</p> | <p>Các phúc lợi bao gồm, nhưng không giới hạn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khám phòng ngừa kế hoạch hóa gia đình toàn diện • Tư vấn, giáo dục, khởi đầu và quản lý các phương pháp sinh đẻ có kế hoạch (cũng được gọi là tránh thai) • Tầm soát ung thư cổ tử cung • Một số bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD) và xét nghiệm và điều trị nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI) • Các phương pháp tránh thai có chỉ định và không có chỉ định (sinh đẻ có kế hoạch) • Quy trình vô trùng |
| <p>Quý vị nộp đơn xin như thế nào?</p> | <p>Quý vị có thể nộp đơn xin hưởng các chương trình FPO vào bất kỳ lúc nào, với một nhà cung cấp chấp nhận Apple Health hoặc tự thực hiện một mình quý vị bằng cách gọi 1-800-562-3022 hoặc nộp đơn xin này qua:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thư: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531 • Fax: 1-866-841-2267 • Email: apple@hca.wa.gov |
| <p>Các tùy chọn bảo hiểm y tế khác nào hiện có ở Washington?</p> | <p>Xem các chương trình Apple Health hiện có bao gồm dành cho những người nhập cư không đủ tư cách và không có cơ sở:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hca.wa.gov/apple-health-non-citizens • hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals |
| <p>Quý vị sẽ hoàn tất mục 1 như thế nào?</p> | <p>Hoàn tất toàn bộ mà quý vị có thể. Xem dưới đây để biết thêm thông tin về các thắc mắc cụ thể có trong mục 1 của đơn xin.</p> |

| | |
|---|---|
| Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe (HCA) sẽ sử dụng số An Sinh Xã Hội (SSN) của quý vị như thế nào? | <p>HCA sử dụng thông tin này để quyết định việc hội đủ điều kiện của quý vị bằng cách xác nhận tình trạng nhân dạng, quốc tịch, nhập cư, ngày sinh của quý vị và sự hiện có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác. HCA không chia sẻ thông tin này cho bất kỳ cơ quan di trú nào vì mục đích thực thi nhập cư.</p> <p>Việc nộp đơn xin hưởng chương trình dịch vụ FPO dành cho những người không phải là công dân (được tiểu bang tài trợ) sẽ không ảnh hưởng đến tình trạng nhập cư của quý vị hoặc các cơ hội để trở thành một thường trú nhân hoặc công dân. Nếu quý vị không có một SSN, hãy để trống các mục này.</p> |
| HCA sẽ sử dụng thông tin tình trạng nhập cư của quý vị như thế nào? | <p>HCA sử dụng thông tin này để quyết định việc hội đủ điều kiện của quý vị bằng cách xác nhận tình trạng nhân dạng, quốc tịch, nhập cư, ngày sinh của quý vị và sự hiện có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác.</p> <p>HCA không chia sẻ thông tin này cho bất kỳ cơ quan di trú nào vì mục đích thực thi nhập cư.</p> <p>Việc hội đủ điều kiện hưởng chương trình dịch vụ FPO dành cho những người không phải là công dân (được tiểu bang tài trợ) được miễn thủ tục kiểm tra công phí. Nếu quý vị có các thắc mắc hoặc quan ngại về cách thức đơn xin hưởng Apple Health hoặc chương trình dịch vụ FPO dành cho những người không phải là công dân (được tiểu bang tài trợ) có thể ảnh hưởng đến tình trạng nhập cư của quý vị hoặc các cơ hội để trở thành một thường trú nhân hoặc công dân, hãy liên hệ với một luật sư di trú.</p> |
| Có các dịch vụ ngôn ngữ hay người khuyết tật hiện có khi nộp đơn không? | <p>Để nhận được trợ giúp miễn phí về một ngôn ngữ khác (bao gồm một phiên dịch viên hoặc biên dịch tài liệu in) hay một nơi ăn ở dành cho người khuyết tật, hãy gọi 1-800-562-3022. Để biết thêm thông tin: hca.wa.gov/interpreter-services.</p> |
| Quý vị có thể dùng một Đại Diện Được Ủy Quyền (AREP) để nộp đơn xin không? | <p>Có. Một AREP là bất kỳ người lớn nào đủ nhận biết về hoàn cảnh hộ gia đình và được hộ gia đình ủy quyền để đại diện cho hộ gia đình vì mục đích hội đủ điều kiện. Điều này khác với việc hợp tác với một Nhân Viên Hướng Dẫn hoặc một Nhân Viên Môi Giới.</p> |
| Các yêu cầu về thu nhập của chương trình FPO là gì? | <p>Thu nhập phải bằng hoặc dưới 260% của FPL. Truy cập hca.wa.gov/family-planning để biết thêm thông tin.</p> |
| Cỡ hộ gia đình được xác định như thế nào? | <p>Cỡ hộ gia đình được xác định dựa trên tình trạng khai thuế. Một thành viên trong hộ gia đình là một vợ/chồng hoặc người phụ thuộc mà người nộp đơn khai thuế hoặc kê khai như là một người phụ thuộc của người nộp thuế. Nếu quý vị không khai thuế, một thành viên trong hộ gia đình là một vợ/chồng hoặc người phụ thuộc đang sống trong cùng một nhà.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Nếu quý vị có bảo hiểm khác và cần các dịch vụ bí mật thì sao?</p> | <p>Quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình bí mật cho dù quý vị có bảo hiểm, nếu quý vị đáp ứng một trong những trường hợp ngoại lệ này:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quý vị đang tìm kiếm các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình bí mật và được 18 tuổi hay nhỏ hơn; hoặc • Quý vị là một nạn nhân của bạo hành gia đình, và được bao trả theo bảo hiểm y tế của người bạo hành của quý vị. <p>Gọi HCA theo số 1-800-562-3022 để đăng ký các dịch vụ bí mật</p> |
| <p>Nếu quý vị có bảo hiểm khác thì sao?</p> | <p>Quý vị không hội đủ điều kiện hưởng các dịch vụ FPO nếu quý vị có một bảo hiểm khác bao trả các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình trừ khi quý vị đang tìm kiếm các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình bí mật.</p> |
| <p>Apple Health (Medicaid) toàn diện là gì và quý vị có nên bãi miễn quyền của mình để nộp đơn xin hưởng bảo hiểm này không?</p> | <p>Nếu quý vị hội đủ điều kiện hưởng Apple Health toàn diện, quý vị cũng có thể tiếp cận các phúc lợi như dịch vụ bệnh viện về nội và ngoại trú, dịch vụ y tế tại nhà, dịch vụ bác sĩ, thuốc kê toa, dịch vụ nha khoa và vật lý trị liệu.</p> <p>Chúng tôi khuyến khích quý vị nộp đơn xin bảo hiểm Apple Health toàn diện để nhận các phúc lợi y tế tối đa mà quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng. Để biết thêm thông tin về Apple Health toàn diện, hãy truy cập hca.wa.gov/apple-health.</p> <p>Quý vị có thể bãi miễn quyền của quý vị để nộp đơn xin hưởng Apple Health toàn diện nếu quý vị không hội đủ điều kiện và vẫn còn nhận các dịch vụ FPO.</p> |
| <p>Quý vị sẽ biết tình trạng đơn xin của mình như thế nào và khi nào?</p> | <p>Đơn xin sẽ được giải quyết theo thứ tự nhận được trong vòng 45 ngày. Nếu yêu cầu thêm thông tin, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị qua điện thoại và/hoặc thư từ. Ngay khi được giải quyết, thư chấp thuận hoặc từ chối sẽ được gửi qua đường bưu điện. Một số nhà cung cấp có thể cung cấp các dịch vụ trong khi quý vị chờ nộp và giải quyết đơn xin của mình.</p> |
| <p>Quý vị có thể kháng cáo việc xác định hội đủ điều kiện không?</p> | <p>Có, quý vị có thể kháng cáo trong vòng 90 ngày nếu không đồng ý với việc xác định được thành lập bởi HCA, Washington Healthplanfinder hoặc Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS) làm ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm y tế của quý vị. Để biết thêm thông tin về quy trình kháng cáo, hãy truy cập hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid.</p> |
| <p>Quý vị có thể tìm thêm thông tin ở đâu?</p> | <p>Có thể tìm thấy thêm thông tin tại hca.wa.gov/family-planning.</p> |

Đơn Xin Hưởng các dịch vụ Chỉ Kế Hoạch Hóa Gia Đình dành cho những người không phải là công dân

Quý vị hiện đang mang thai không? Có Không Nếu quý vị đã trả lời Có, quý vị không hội đủ điều kiện hưởng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nhưng có thể hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm y tế. Nộp đơn xin trực tuyến tại wahealthplanfinder.org

Bằng cách điền vào mẫu đơn này, quý vị thừa nhận rằng quý vị đang nộp đơn xin hưởng chỉ các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình.

1. Người Nộp Đơn và Thông Tin Liên Hệ

| | | | | |
|---|----|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| Tên (dùng tên hợp pháp đầy đủ của quý vị) | | Tên Lót | Họ | |
| Nam | Nữ | Ngày sinh | Số An Sinh Xã Hội (nếu quý vị có một) | Cư dân Washington? Có Không |
| Địa chỉ nơi quý vị sống | | Căn Hộ # | Thành Phố | Tiểu Bang Mã Vùng |
| Địa chỉ gửi thư | | Căn Hộ | Thành Phố | Tiểu Bang Mã Vùng |
| Số điện thoại nhà/di động/thường dùng | | Số điện thoại nơi làm việc/số máy nhắn | | |

Chúng tôi có thể liên hệ với quý vị theo số điện thoại được cung cấp không?

Có Không

Địa chỉ E-mail

Quý vị có gặp trở ngại khi nói, đọc hay viết Tiếng Anh không? Có Không

Quý vị có cần một thông dịch viên không? Có Không Quý vị nói tiếng gì? _____

Tôi đang tìm kiếm các dịch vụ bảo mật và tôi:

Được 18 tuổi hay nhỏ hơn; hoặc

Là nạn nhân bạo hành gia đình và tôi được bao trả theo bảo hiểm y tế của người ngược đãi tôi

Quý vị có bảo hiểm y tế Tư Nhân hay bảo hiểm Apple Health (Medicaid) không? Có Không

Nếu **Không**, quý vị có thể chọn lựa có hiểu biết để không nộp đơn xin hưởng bảo hiểm Apple Health toàn diện và vẫn hội đủ điều kiện hưởng các chương trình FPO **bằng cách đánh dấu vào ô dưới đây.**

Để biết thêm thông tin về cách thức quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác, quý vị có thể nộp đơn xin tại wahealthplanfinder.org

Tôi chọn nộp đơn xin hưởng bảo hiểm chỉ kế hoạch hóa gia đình và tôi đang chọn lựa có hiểu biết để không nộp đơn xin hưởng Apple Health (Medicaid) toàn diện.

2. Thu Nhập Từ Việc Làm / Tự Làm Chủ

Kiểm được tiền bởi quý vị

Kiểm được tiền bởi các thành viên khác trong hộ gia đình

Tên sở làm hiện tại (Việc Làm Thứ 1) Số Điện Thoại

Tên sở làm hiện tại (Việc Làm Thứ 1) Số Điện Thoại

Tổng thu nhập hàng tháng trước thuế Có Không
(và/hoặc thu nhập ròng hàng tháng về việc tự làm chủ)

Tổng thu nhập hàng tháng trước thuế Có Không
(và/hoặc thu nhập ròng hàng tháng về việc tự làm chủ)

Tên sở làm hiện tại (Việc Làm Thứ 2) Số Điện Thoại

Tên sở làm hiện tại (Việc Làm Thứ 2) Số Điện Thoại

Tổng thu nhập hàng tháng trước thuế Có Không
(và/hoặc thu nhập ròng hàng tháng về việc tự làm chủ)

Tổng thu nhập hàng tháng trước thuế Có Không
(và/hoặc thu nhập ròng hàng tháng về việc tự làm chủ)

Nếu một thành viên trong hộ gia đình có nhiều hơn hai chủ lao động, hãy ghi vào một tờ giấy riêng được đính kèm. Để biết thêm thông tin về cách thức báo cáo thu nhập, hãy truy cập wahbexchange.org/how-to-report-income.

3. Thu Nhập Khác Của Hộ Gia Đình

Số tiền hàng tháng: Ai nhận số tiền này:

Cấp dưỡng vợ sau khi ly hôn/cấp dưỡng vợ hoặc chồng

Tiền thuê nhà và/hoặc thu nhập tác quyền (ròng)

Phúc lợi An Sinh Xã Hội/Hồi Hưu Ngành Đường Sắt

Thất nghiệp

Thu nhập hồi hưu, bao gồm: tiền hưu trí, tiền góp hàng năm, và/hoặc thu nhập phân bổ IRA

Cổ tức, cổ phần, cổ phiếu, lãi vốn, thu nhập nước ngoài, quỹ tín thác/ đầu tư khác

Thu nhập bộ lạc phải đóng thuế

Thu nhập trang trại và đánh cá (ròng)

Thu nhập khác phải đóng thuế

4. Các Khoản Miễn Giảm Của Hộ Gia Đình

Số tiền hàng tháng: Ai chi trả số tiền này:

Cấp dưỡng vợ sau khi ly hôn/cấp dưỡng vợ hoặc chồng
ĐÃ ĐƯỢC CHI TRẢ

Khoản đóng góp/IRA hoặc khoản đóng góp vào tài khoản hồi hưu trước thuế

Khoản chi trả lãi từ tiền cho sinh viên vay

Chi phí di chuyển dành cho thành viên lực lượng vũ trang

Chi phí giáo viên

Khoản đóng góp vào tài khoản tiết kiệm y tế

Khoản phạt do rút tiền tiết kiệm trước thời hạn

Chi phí nào đó có thể tính của doanh nghiệp

5. Tình Trạng Khai Thuế

Tình trạng khai thuế của quý vị sẽ như thế nào trong năm nay? Người Khai Thuế Độc Thân Vợ Chồng Khai Thuế Riêng
Vợ Chồng Khai Thuế Chung Kê Khai Thuế Cho Người Phụ Thuộc Vào Người Nào Đó Của Hộ Gia Đình
Kê Khai Thuế Cho Người Phụ Thuộc Vào Người Nào Đó Ngoài Hộ Gia Đình Người Không Khai Thuế

Quý vị có kết hôn hợp pháp không? Nếu có, tên hợp pháp đầy đủ của vợ/chồng quý vị: _____
Có Không tên, tên lót, họ

Nếu quý vị nộp bản khai thuế, quý vị kê khai bao nhiêu người phụ thuộc vào người nộp thuế? _____

Nếu không, quý vị có bao nhiêu con? _____

6. Mất Việc Mới Đây

Quý vị đã có bỏ hay mất việc trong 90 ngày qua không? Vợ/chồng quý vị có bỏ hay mất việc trong 90 ngày qua không?
Có Không Có Không

Nếu có, tên doanh nghiệp: _____ Nếu có, tên doanh nghiệp: _____

Ngày chấm dứt việc làm: _____ Ngày chấm dứt việc làm: _____

7. Lai Lịch Chủng Tộc/Sắc Tộc

Chúng tôi yêu cầu quý vị tự nguyện nói cho chúng tôi biết lai lịch chủng tộc hay sắc tộc của quý vị. Thông tin này sẽ không dùng để xem xét việc hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi của quý vị.

Da Trắng Gốc Âu

Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi

Việt Nam/Lào/Campuchia

Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha

Mỹ Da Đỏ hay Thổ Dân Alaska

Á Châu khác hoặc Đảo Thái

Khác: _____

Tên bộ lạc: _____

Bình Dương

8. Đọc Kỹ Trước Khi Ký Dưới Đây

Tôi hiểu rằng:

- HCA có thể yêu cầu tôi chứng minh thông tin tôi cung cấp. HCA có thể giúp tôi lấy bằng chứng hoặc liên hệ với các cơ quan hay người khác để lấy bằng chứng.
- Thông tin của tôi có thể được tái xét bởi các cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang.
- Bằng cách xin hưởng và nhận trợ cấp bảo hiểm y tế, tôi xin chuyển giao cho tiểu bang Washington tất cả các quyền về bất kỳ cấp dưỡng y tế nào và bất kỳ khoản chi trả nào cho bên thứ ba đối với dịch vụ chăm sóc y tế.
- Tôi hiểu đơn này là chỉ cho các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình để phòng tránh thai. Nếu tôi cần trợ cấp bảo hiểm y tế khác, tôi có thể nộp đơn xin tại Washington Healthplanfinder (wahealthplanfinder.org). Nếu tôi cần trợ giúp tài chánh hoặc tem phiếu thực phẩm, tôi có thể nộp đơn tại một Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng DSHS hoặc Washington Connection (washingtonconnection.org).
- Tôi phải trả lời** bất kỳ yêu cầu nào về việc cung cấp thêm thông tin trong vòng 15 ngày làm việc hoặc đơn xin của tôi sẽ bị từ chối và tôi có thể có trách nhiệm chịu tất cả chi phí thông qua văn phòng của nhà cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình của tôi.

9. Đại Diện Được Ủy Quyền Tùy Chọn (AREP)

Tên / Tổ Chức

Số điện thoại

Địa chỉ gửi thư

Căn Hộ #

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Vùng

10. Cam Kết và Ký Tên

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trong đơn xin này. Tôi cam đoan, theo hình phạt khai man, thông tin tôi đã khai báo trong đơn xin này là hoàn toàn đúng sự thật dựa vào sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn

Ngày

Gởi lại đơn đã hoàn tất đến Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe bằng cách sử dụng một trong những cách sau đây:

- **Thư:** HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- **Fax:** 1-866-841-2267
- **Điện thoại:** 1-800-562-3022
- **Email:** apple@hca.wa.gov