

Đơn Xin Hưởng Chương Trình Tiết Kiệm Medicare

Xin đọc các mục sau đây trước khi hoàn tất đơn xin.

Tùy thuộc vào thu nhập của quý vị, Chương Trình Tiết Kiệm Medicare (Medicare Savings – MSP) có thể giúp chi trả phí bảo hiểm Medicare của quý vị và các chi phí khác không được Medicare thanh toán bao gồm các khoản khấu trừ, khoản đồng bảo hiểm và khoản đồng chi trả.

Có năm cách để trình nộp đơn xin này:

- **Thư:**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- **Fax:** 1-888-338-7410
- **Trực tuyến:** washingtonconnection.org
- **Điện thoại:** 1-877-501-2233
- **Trực tiếp:** Tìm hộp thư ở Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng địa phương của quý vị tại dshs.wa.gov/office-locations

1

Tên và thông tin liên hệ của người nộp đơn

Tên (Bản thân)

Tên Lót.

Họ và Hậu Tố

Số ID Thân Chủ (nếu có)

Địa chỉ nơi quý vị sống

Thành phố

Tiểu bang

Mã Vùng

Đánh dấu vào ô này nếu quý vị không có một địa chỉ thực sự.

Địa chỉ gửi thư (nếu khác)

Thành phố

Tiểu bang

Mã Vùng

Số điện thoại chính

Số điện thoại phụ

Quý vị hoặc bất kỳ người nào mà quý vị đang nộp đơn xin có cần phiên dịch viên hoặc nhận tài liệu bằng một ngôn ngữ khác không? Không Có

Nếu có, quý vị cần ngôn ngữ hoặc định dạng nào khác? Liệt kê tất cả mục thích hợp:

2

Thông tin về đại diện được ủy quyền

Một đại diện được ủy quyền là bất kỳ người lớn nào nhận biết hoàn cảnh của hộ gia đình và được hộ gia đình ủy quyền để đại diện cho hộ gia đình này vì mục đích hội đủ điều kiện.

Bằng cách đề cử một đại diện được ủy quyền, quý vị sẽ cho phép đại diện được ủy quyền của mình để:

- Ký tên vào đơn xin thay mặt cho quý vị;
- Nhận các thông báo có liên quan đến đơn xin và tài khoản của quý vị; và
- Đại diện cho quý vị về tất cả vấn đề liên quan đến đơn xin và tài khoản.

1. Quý vị có đang đề cử một đại diện được ủy quyền không? Không Có
2. Quý vị có muốn đại diện được ủy quyền của quý vị nhận các thông báo liên quan đến đơn xin và tài khoản của quý vị không?
Không Có
3. Đại diện được ủy quyền này có trách nhiệm giám hộ hợp pháp không? Không Có Nếu có, ai: _____
4. Đại diện được ủy quyền này có sự ủy nhiệm không? Không Có Nếu có, ai: _____

Tên / Tổ Chức Đại Diện Được Ủy Quyền

Số điện thoại

Địa Chỉ Gửi Thư của Đại Diện Được Ủy Quyền

Địa chỉ E-mail

3

Thông tin về quý vị và gia đình quý vị

Liệt kê bản thân quý vị, vợ/chồng và những người phụ thuộc đang sống với quý vị cho dù quý vị không nộp đơn xin cho họ (đính kèm thêm giấy, nếu cần).

| | | BẢN THÂN | |
|---|---|---|--------------------|
| _____ Tên (Tên, Tên Lót, Họ) | _____ Giới tính được định rõ lúc ra đời | _____ Quan hệ với quý vị? | _____ Ngày sinh |
| _____ Số An Sinh Xã Hội (SSN)* | _____ Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không? | Không | Có |
| Tình trạng Công Dân hoặc Không Là Công Dân: (đánh dấu một) | | | |
| Công dân Hoa Kỳ | Không | Có | Cư dân Washington |
| | | | Không |
| | | | Có |
| Quý vị có là người gốc La tinh và Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN) | | | |
| Cuba | Mỹ/Mỹ gốc Mễ/Chicano | Không phải Tây Ban Nha/ Gốc La tinh và Tây Ban Nha | |
| Tây Ban Nha/Gốc La tinh và Tây Ban Nha khác | Puerto Rica | | |

Chủng tộc (TÙY CHỌN – chọn tối đa năm mục nếu thích hợp)

| | | | |
|-----------------------------|------------|------------------------------|----------|
| Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska | Trung Quốc | Hàn Quốc | Thái |
| Châu Á | Filipino | Lào | Việt Nam |
| Mỹ Da Đỏ Châu Á | Guam | Dân Đảo Thái Bình Dương khác | Da Trắng |
| Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi | Hawai | Chủng Tộc Khác | |
| Campuchia | Nhật Bản | Samoa | |

Vì sao chúng tôi thu thập thông tin này – Chúng tôi sử dụng thông tin này để giúp cải thiện công bằng y tế và gia tăng quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả các cá nhân. Thông tin mà quý vị cung cấp sẽ không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

| | | | | | |
|---|--|---|-------------------|-------|----|
| Tên (Tên, Tên Lót, Họ) | Giới tính được định rõ lúc ra đời | Quan hệ với quý vị (ví dụ: vợ/chồng, con) | Ngày sinh | | |
| Số An Sinh Xã Hội (SSN)* | Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không? | | Không Có | | |
| Tình trạng Công Dân hoặc Không Là Công Dân: (đánh dấu một) | | | | | |
| Công dân Hoa Kỳ | Không | Có | Cư dân Washington | Không | Có |
| Quý vị có là người gốc La tinh và Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN) | | | | | |
| Cuba | Mỹ/Mỹ gốc Mỹ/Chicano | Không phải Tây Ban Nha/Gốc La tinh và Tây Ban Nha | | | |
| Tây Ban Nha/Gốc La tinh và Tây Ban Nha khác | Puerto Rica | | | | |

Chủng tộc (TÙY CHỌN – chọn tối đa năm mục nếu thích hợp)

| | | | |
|-----------------------------|------------|------------------------------|----------|
| Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska | Trung Quốc | Hàn Quốc | Thái |
| Châu Á | Filipino | Lào | Việt Nam |
| Mỹ Da Đỏ Châu Á | Guam | Dân Đảo Thái Bình Dương khác | Da Trắng |
| Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi | Hawai | Chủng Tộc Khác | |
| Campuchia | Nhật Bản | Samoa | |

Vì sao chúng tôi thu thập thông tin này – Chúng tôi sử dụng thông tin này để giúp cải thiện công bằng y tế và gia tăng quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả các cá nhân. Thông tin mà quý vị cung cấp sẽ không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

| | | | | | |
|---|--|---|-------------------|-------|----|
| Tên (Tên, Tên Lót, Họ) | Giới tính được định rõ lúc ra đời | Quan hệ với quý vị (ví dụ: vợ/chồng, con) | Ngày sinh | | |
| Số An Sinh Xã Hội (SSN)* | Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không? | | Không Có | | |
| Tình trạng Công Dân hoặc Không Là Công Dân: (đánh dấu một) | | | | | |
| Công dân Hoa Kỳ | Không | Có | Cư dân Washington | Không | Có |
| Quý vị có là người gốc La tinh và Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN) | | | | | |
| Cuba | Mỹ/Mỹ gốc Mỹ/Chicano | Không phải Tây Ban Nha/Gốc La tinh và Tây Ban Nha | | | |
| Tây Ban Nha/Gốc La tinh và Tây Ban Nha khác | Puerto Rica | | | | |

Chủng tộc (TÙY CHỌN – chọn tối đa năm mục nếu thích hợp)

| | | | |
|-----------------------------|------------|---------------------------------|----------|
| Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska | Trung Quốc | Hàn Quốc | Thái |
| Châu Á | Filipino | Lào | Việt Nam |
| Mỹ Da Đỏ Châu Á | Guam | Dân Đảo Thái Bình Dương khác | Da Trắng |
| Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi | Hawai | Chủng Tộc Khác | |
| Campuchia | Nhật Bản | Samoa | |

Vì sao chúng tôi thu thập thông tin này – Chúng tôi sử dụng thông tin này để giúp cải thiện công bằng y tế và gia tăng quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả các cá nhân. Thông tin mà quý vị cung cấp sẽ không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

| | | | | | | | |
|---|-------|--|-------------------|---|----|-----------|----|
| Tên (Tên, Tên Lót, Họ) | | Giới tính được định rõ lúc ra đời | | Quan hệ với quý vị (ví dụ: vợ/chồng, con) | | Ngày sinh | |
| Số An Sinh Xã Hội (SSN)* | | Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không? | | | | Không | Có |
| Tình trạng Công Dân hoặc Không Là Công Dân: (đánh dấu một) | | | | | | | |
| Công dân Hoa Kỳ | Không | Có | Cư dân Washington | Không | Có | | |
| Quý vị có là người gốc La tinh và Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN) | | | | | | | |
| Cuba | | Mẽ/Mỹ gốc Mẽ/Chicano | | Không phải Tây Ban Nha/Gốc La tinh và Tây Ban Nha | | | |
| Tây Ban Nha/Gốc La tinh và Tây Ban Nha khác | | Puerto Rica | | | | | |

Chủng tộc (TÙY CHỌN – chọn tối đa năm mục nếu thích hợp)

| | | | |
|-----------------------------|------------|---------------------------------|----------|
| Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska | Trung Quốc | Hàn Quốc | Thái |
| Châu Á | Filipino | Lào | Việt Nam |
| Mỹ Da Đỏ Châu Á | Guam | Dân Đảo Thái Bình Dương khác | Da Trắng |
| Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi | Hawai | Chủng Tộc Khác | |
| Campuchia | Nhật Bản | Samoa | |

Vì sao chúng tôi thu thập thông tin này – Chúng tôi sử dụng thông tin này để giúp cải thiện công bằng y tế và gia tăng quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả các cá nhân. Thông tin mà quý vị cung cấp sẽ không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

| | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|---|--|-----------|----|
| Tên (Tên, Tên Lót, Họ) | | Giới tính được định rõ lúc ra đời | | Quan hệ với quý vị (ví dụ: vợ/chồng, con) | | Ngày sinh | |
| Số An Sinh Xã Hội (SSN)* | | Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không? | | | | Không | Có |

Tình trạng Công Dân hoặc Không Là Công Dân: (đánh dấu một)

Công dân Hoa Kỳ Không Có Cư dân Washington Không Có

Quý vị có là người gốc La tinh và Tây Ban Nha, La tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN)

Cuba Mễ/Mỹ gốc Mễ/Chicano Không phải Tây Ban Nha/Gốc La tinh và Tây Ban Nha
Tây Ban Nha/Gốc La tinh và Tây Ban Nha khác Puerto Rica

Chủng tộc (TÙY CHỌN – chọn tối đa năm mục nếu thích hợp)

| | | | |
|-----------------------------|------------|------------------------------|----------|
| Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska | Trung Quốc | Hàn Quốc | Thái |
| Châu Á | Filipino | Lào | Việt Nam |
| Mỹ Da Đỏ Châu Á | Guam | Dân Đảo Thái Bình Dương khác | Da Trắng |
| Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi | Hawai | Chủng Tộc Khác | |
| Campuchia | Nhật Bản | Samoa | |

Vì sao chúng tôi thu thập thông tin này – Chúng tôi sử dụng thông tin này để giúp cải thiện công bằng y tế và gia tăng quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tất cả các cá nhân. Thông tin mà quý vị cung cấp sẽ không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

***HCA không chia sẻ thông tin này cho bất kỳ cơ quan di trú nào vì mục đích thực thi nhập cư. Để trống phần này nếu quý vị không có SSN.**

4

Thông tin bảo hiểm y tế

Hội đủ điều kiện hưởng hoặc đang nhận: Medicare Phần A

Đánh dấu vào ô thích hợp.

| | | | |
|----------|-------|----|-------------------|
| Bản thân | Không | Có | Số Medicare _____ |
| Vợ/chồng | Không | Có | Số Medicare _____ |
| Khác | Không | Có | Số Medicare _____ |

Hội đủ điều kiện hưởng hoặc đang nhận: Medicare Phần B

Đánh dấu vào ô thích hợp.

| | | | |
|----------|-------|----|-------------------|
| Bản thân | Không | Có | Số Medicare _____ |
| Vợ/chồng | Không | Có | Số Medicare _____ |
| Khác | Không | Có | Số Medicare _____ |

Tôi/chúng tôi có bảo hiểm y tế khác Không Có

Nếu có, bảo hiểm nào và bảo hiểm cho ai?

Quý vị đã có chi trả phí bảo hiểm Medicare đối với Medicare Phần A hoặc Phần B trong 3 tháng vừa qua không? Không Có

Nếu có, hãy nói cho chúng tôi các tháng nào

5

Thu nhập

Liệt kê thu nhập của quý vị và vợ/chồng quý vị đang sống chung với quý vị (nếu có). Liệt kê số tiền thu nhập trước khi trừ mức miễn giảm (như thuế hoặc bảo hiểm). Thu nhập bao gồm nhưng không giới hạn về:

- Lương
- Tự Làm Chủ
- Tiền Hoa Hồng
- Tiền Phòng và Cơm Tháng/Tiền Thuê Nhà
- Phúc Lợi Ngành Đường Sắt
- Phúc Lợi An Sinh Xã Hội
- Phúc Lợi Cựu Chiến Binh
- Phúc Lợi Cấp Dưỡng Cho Vợ Sau Khi Ly Hôn
- Trợ Cấp Thất Nghiệp hoặc Bồi Thường Cho Người Lao Động
- Thu Nhập Bộ Lạc*
- SSI/Trợ Cấp Công Cộng
- Lương Hưu/Hồi Hưu
- Cổ Tức và Lãi
- Khác

*Xem dịch vụ hỗ trợ của quầy thông tin về thu nhập bộ lạc để tìm hiểu xem thu nhập bộ lạc của quý vị có được tính hay không: hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

| Tên | Sở làm hoặc nguồn thu nhập | Số tiền trước khi khấu trừ | Bao lâu nhận một lần? |
|-----|----------------------------|----------------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6

Việc đăng ký cử tri

Bộ cung cấp các dịch vụ đăng ký cử tri, bao gồm đăng ký cử tri tự động.

Nộp đơn xin đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ hoặc số tiền phúc lợi mà quý vị có thể nhận được từ cơ quan này. Nếu quý vị muốn trợ giúp điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quyết định xem việc có tìm kiếm hoặc chấp nhận trợ giúp hay không là của quý vị. Quý vị có thể điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri riêng biệt. Nếu quý vị cho rằng người nào đó đã cản trở quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định xem có đăng ký hay không hoặc nộp đơn xin đăng ký bỏ phiếu, hay quyền chọn đảng chính trị của riêng quý vị hoặc sở thích chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, email elections@sos.wa.gov, hoặc gọi 1-800-448-4881.

Quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu hoặc cập nhật việc đăng ký cử tri của quý vị không? Không Có

Nếu quý vị không đánh dấu vào một trong hai ô, chúng tôi sẽ xem xét quý vị đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu vào thời điểm này, trừ khi quý vị hội đủ điều kiện, và không từ chối, để đăng ký cử tri tự động.

Trừ khi quý vị đã đánh dấu vào ô "Không" trên đây, quý vị có thể hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động. Quý vị hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động nếu quý vị được ít nhất 18 tuổi trước kỳ bầu cử kế tiếp, quý vị là một công dân Hoa Kỳ, và DSHS có tên, địa chỉ cư trú và gửi thư, ngày sinh, giấy xác minh thông tin quốc tịch, và chữ ký của quý vị sẽ chứng thực sự thật về thông tin được cung cấp trong đơn xin này.

Quý vị có muốn được đăng ký bỏ phiếu tự động không? Không Có

Nếu quý vị đã đánh dấu vào ô “Có” hoặc không đánh dấu một trong hai ô và quý vị đáp ứng các yêu cầu hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động, DSHS sẽ gửi thông tin của quý vị đến Văn Phòng Tổng Trưởng và quý vị sẽ được đăng ký bỏ phiếu tự động.

7

Đọc kỹ trước khi ký

Tôi hiểu rằng:

- Tôi phải báo cáo ngay lập tức cho cơ quan hoặc người được chỉ định của cơ quan, bằng văn bản, hoặc bằng cách gọi điện thoại, bất kỳ thay đổi nào về hoàn cảnh của tôi. Việc báo cáo trễ có thể dẫn đến các phúc lợi không đúng.
- Hoàn cảnh của tôi phải chịu sự xác minh của cơ quan này hoặc các cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang.
- Để nhận trợ giúp, tôi phải cung cấp bằng chứng khi được yêu cầu. Cơ quan hoặc người được chỉ định của cơ quan có thể giúp tôi có được bằng chứng hoặc liên hệ với những người hoặc các cơ quan khác về việc đó.
- Bằng cách xin hưởng và nhận các phúc lợi chăm sóc 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.

Để chia sẻ ý kiến đóng góp hoặc đưa vào thêm thông tin, hãy đính kèm thêm giấy.

8

Cam kết và (các) chữ ký

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 làm đơn

Ngày

Chữ ký của cá nhân trợ giúp người nộp đơn (Nếu có)

Tổ chức

Ngày

HCA và DSHS tuân thủ mọi luật lệ dân quyền hiện hành của liên bang và tiểu bang Washington và cam kết cung cấp quyền tiếp cận công bằng về các dịch vụ của chúng tôi. Nếu quý vị cần điều chỉnh, hay yêu cầu các chứng từ bằng một định dạng hoặc ngôn ngữ khác, xin gọi 1-877-501-2233.