

Đơn Xin Hưởng các dịch vụ Chăm Kế Hoạch Hóa Gia Đình

<p>Quý vị có hội đủ điều kiện hưởng các chương trình Chăm Kế Hoạch Hóa Gia Đình (FPO) không?</p>	<p>Các chương trình FPO hiện có cho cư dân Washington với 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 phạm vi và không có bảo hiểm y tế khác. Thân chủ được bảo hiểm đang tìm kiếm các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình bí mật có thể nộp đơn xin hưởng các chương trình FPO.</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"> • Cuộc thăm 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 và tránh thai • Tầm soát ung thư 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 • 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.</p>
<p>Quý vị sẽ hoàn tất mục 1 như thế nào?</p>	<p>Mục này phải được hoàn tất đầy đủ, với khả năng hiểu biết tốt nhất của người nộp đơn xin. Để biết thêm thông tin về các thách thức cụ thể có trong mục 1 của đơn xin được cung cấp sau đó trong chứng từ này.</p>
<p>Có các dịch vụ ngôn ngữ hoặc khuyết tật hiện có khi nộp đơn xin không?</p>	<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.</p>
<p>Quý vị có thể sử dụng một Đại Diện Được Ủy Quyền (AREP) để nộp đơn xin không?</p>	<p>Một AREP là bất kỳ người lớn nào đủ nhận biết về hoàn cảnh hộ gia đình và được ủy quyền bởi hộ gia đình 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>
<p>Các yêu cầu thu nhập là gì?</p>	<p>Thu nhập phải bằng hoặc dưới 260% của FPL. Truy cập vào hca.wa.gov/family-planning để biết thêm thông tin.</p>
<p>Cỡ hộ gia đình được xác định như thế nào?</p>	<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 có 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>Quý vị có được xem là một cư dân Tiểu Bang Washington không?</p>	<p>Các cư dân tiểu bang Washington hiện đang sống và dự định cư trú ở Washington, hoặc vào tiểu bang để tìm việc hoặc vào tiểu bang với cam kết làm việc.</p>
<p>Việc gì sẽ xảy ra nếu quý vị cần các dịch vụ bí mật?</p>	<p>Các cá nhân có bảo hiểm có thể hội đủ điều kiện hưởng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình bí mật, nếu quý vị đáp ứng một trong các ngoại lệ này: 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 lạm dụng của quý vị.</p>
<p>Việc gì sẽ xảy ra nếu quý vị có bảo hiểm khác?</p>	<p>Quý vị không hội đủ điều kiện hưởng các dịch vụ FPO nếu quý vị có một bảo hiểm khác, trừ khi quý vị đang tìm kiếm các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình bí mật.</p>

<p>Health Care Authority (HCA) sẽ có sử dụng Số An Sinh Xã Hội (SSN) của quý vị hay thông tin tình trạng nhập cư không?</p>	<p>HCA sử dụng thông tin này để xác 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.</p> <p>Nếu quý vị không có một SSN hoặc số chứng từ nhập cư, hãy để trống những ô này.</p>
<p>Apple Health (Medicaid) toàn phạm vi là gì và quý vị sẽ có bất 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 phạm vi, quý vị cũng hội đủ điều kiện hưởng tất cả phúc lợi bắt buộc như dịch vụ bệnh viện dành cho bệnh nhân nội và ngoại trú, dịch vụ y tế tại nhà và dịch vụ sức khỏe, trong số các phúc lợi khác và tùy chọn như thuốc kê toa, dịch vụ nha khoa và vật lý trị liệu. Quyền lợi tốt nhất của quý vị là nộp đơn xin Apple Health (Medicaid) toàn phạm vi để nhận được các phúc lợi y tế tối đa mà bảo hiểm quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng.</p> <p>Để biết thêm thông tin về Apple Health toàn phạm vi, hãy truy cập https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage.</p>
<p>Thông tin đăng ký cử tri hiện có không?</p>	<p>Đạo Luật Đăng Ký Cử Tri Toàn Quốc ban hành năm 1973 yêu cầu tất cả tiểu bang đề nghị đăng ký cử tri thông qua các văn phòng trợ cấp công cộng của họ. Nộp đơn xin đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ hoặc phúc lợi mà quý vị sẽ được cơ quan này cung cấp. Quý vị cũng có thể đăng ký bỏ phiếu tại vote.wa.gov hoặc yêu cầu các mẫu đơn đăng ký cử tri bằng cách gọi 1-800-448-4881.</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 những người nộp đơn 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 khiếu nại việc xác định hội đủ điều kiện không?</p>	<p>Có, quý vị có thể khiếu nại 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 khiếu nại, hãy truy cập hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid.</p>
<p>Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình khác nào hiện có ở Tiểu Bang Washington?</p>	<p>Mạng Lưới Kế Hoạch Hóa Gia Đình Của Sở Y Tế Tiểu Bang Washington cung cấp toàn phạm vi các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Để nhận thêm thông tin, bằng cách truy cập doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices.</p>
<p>Các tùy chọn bảo hiểm y tế khác nào hiện có ở Tiểu Bang Washington?</p>	<p>Xem các chương trình Washington Apple Health khác hiện có, bao gồm các dịch vụ dành cho những người nhập cư không đủ tư cách và không có cơ sở, và chăm sóc liên quan đến thai kỳ tại hca.wa.gov/apple-health.</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

Quý vị hiện có 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	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? _____					

Quý vị có bảo hiểm y tế Tư Nhân hay bảo hiểm Apple Health (Medicaid) không? Có Không
Nếu quý vị đã trả lời Có, quý vị vẫn không hội đủ điều kiện hưởng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình trừ khi quý vị đáp ứng một trong các ngoại lệ dưới đây:

Tôi đang tìm kiếm các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình bí mật và tôi được 18 tuổi hoặc nhỏ hơn;
HOẶC

Tôi là một nạn nhân của bạo hành gia đình, và được bao trả theo bảo hiểm y tế của người bạo hành của tôi.
(tiếp tục mục (2) nếu quý vị đã đánh dấu một trong hai ô trên đây)

Trong vòng 30 ngày qua, quý vị đã có bị từ chối bảo hiểm toàn phạm vi Apple Health (Medicaid) thông qua wahealthplanfinder.org không? Có Không

Nếu Có, hãy ngưng lại và chuyển sang mục (9). Nếu hộ gia đình quý vị đã trải qua bất kỳ thay đổi nào, kể từ khi quý vị bị từ chối Apple Health (Medicaid), hãy tiếp tục sang mục (2) để hoàn tất đơn xin của quý vị.

Nếu Không, quý vị phải nộp đơn xin hưởng bảo hiểm tại wahealthplanfinder.org (trừ khi quý vị đáp ứng một trong hai ngoại lệ trên đây hoặc đang chọn lựa có hiểu biết để không nộp đơn xin Apple Health (Medicaid) toàn phạm vi).

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 phạm vi.

2. Tình Trạng Về Tư Cách Công Dân và Nhập Cư

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

Công dân Hoa Kỳ hoặc Quốc Tịch Hoa Kỳ Hiện diện hợp pháp không phải là công dân tại Hoa Kỳ. Khác
Nếu quý vị là một người không phải là công dân và hiện diện hợp pháp, hãy nhập thông tin sau đây:

Loại chứng từ nhập cư: Số "A" Số biên nhận hoặc số khác

Số hộ chiếu nước ngoài Quốc gia cư trú Ngày nhập cảnh Ngày hết hạn của chứng từ

3. 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

Tự Làm Chủ? Có Không

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 1) Số Điện Thoại

Tự Làm Chủ? Có Không

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

Tự Làm Chủ? Có Không

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

Tự Làm Chủ? Có Không

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 sở làm, xin kèm thêm thông tin trên một tờ giấy riêng.
Để biết thêm thông tin về cách thức báo cáo thu nhập, hãy truy cập wahbexchange.org/how-to-report-income.

4. 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/hay thu nhập phân bổ của 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	_____	_____

5. Các Khoản Miễn Giảm Của Hộ Gia Đình

Số tiền hàng tháng: Ai 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	_____	_____

6. Tình Trạng Khai Thuế

Tình trạng khai thuế của quý vị trong năm nay sẽ ra sao? Người Khai Thuế Độc Thân Vợ Chồng Khai Thuế Riêng

Vợ Chồng Khai Thuế Chung Kê Khai Thuế Cho Người Phụ Thuộc Vào Một Người Nào Đó Của Hộ Gia Đình

Kê Khai Thuế Cho Người Phụ Thuộc Vào Một 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 thuế bao nhiêu người phụ thuộc? _____ Nếu không, quý vị có bao nhiêu con? _____

7. Mất Việc Mới Đây

Quý vị có đã bỏ hay mất việc trong 90 ngày qua không?

Có Không

Nếu có, tên doanh nghiệp: _____

Ngày chấm dứt việc làm: _____

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

Có Không

Nếu có, tên doanh nghiệp: _____

Ngày chấm dứt việc làm: _____

8. 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 Bình Dương

Khác: _____

Tên bộ lạc: _____

9. 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 tiểu bang hoặc liên bang khác. Thông tin này sẽ KHÔNG được chia sẻ với Sở Hải Quan Và Di Trú Hoa Kỳ (USCIS).
- 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 chính 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 thêm thông tin trong vòng 15 ngày làm việc hoặc đơn xin của tôi sẽ bị từ chối và tôi có thể chịu trách nhiệm về tất cả chi phí phải trả thông qua văn phòng của nhà cung cấp kế hoạch hóa gia đình của tôi.

10. 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

11. 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

Gửi lại đơn đã hoàn tất đến Health Care Authority 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