

Đơn Xin Bảo Hiểm Y Tế Cho Thai Phụ Tuổi Thiếu Niên (Thiếu Niên Dưới 19 Tuổi)

Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

Tên	Tên Lót Viết Tắt	Họ	
Địa chỉ nơi quý vị sống (Nếu quý vị không có địa chỉ cố định, xin vui lòng cung cấp địa chỉ gửi thư ở dưới.)			
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Khu Bưu Chính
Địa chỉ gửi thư (Nếu quý vị muốn tất cả thư từ được gửi tới một vị đại diện được ủy quyền, xin điền ở dưới.)			
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Khu Bưu Chính
Các số điện thoại thường dùng			
Các số điện thoại này mà một bác sĩ điều trị/nhà cung cấp có thể để lại tin nhắn không? ☐ Có ☐ Không Nếu không, xin đừng điền vào mục này.			
Số liên hệ:		Số thư thoại:	
Ngôn ngữ và các dịch vụ cho người khuyết tật			
Quý vị có bị trở ngại về việc nói, đọc, hay viết tiếng Anh không? ☐ Có ☐ Không Quý vị có cần thông dịch viên không? ☐ Có ☐ Không Quý vị có cần tài liệu được dịch ra không? ☐ Có ☐ Không Quý vị nói ngôn ngữ nào? _____ Quý vị thích đọc bằng ngôn ngữ nào? _____			
Câu Hỏi (Việc trả lời của quý vị với các câu hỏi này sẽ không ảnh hưởng tới bảo hiểm của quý vị.)			
Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ hay là di dân đang sống hợp pháp tại Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không Quý vị có phải là Người Mỹ Da Đỏ hay Thổ Dân Alaska không? ☐ Có ☐ Không Quý vị có muốn giữ kín việc mang thai của quý vị không? ☐ Có ☐ Không Quý vị có bất cứ chi phí y tế chưa trả nào còn nợ lại trong suốt thai kỳ không? ☐ Có ☐ Không			
Ngày Sinh (tháng/ngày/năm)	Ngày chấm dứt thai kỳ (tháng/ngày/năm) (Nếu quý vị không biết, xin dự đoán.)	Số An Sinh Xã Hội (Nếu không có, xin để trống.)	
Vị đại diện ủy quyền (tùy ý) (Một AREP là người quý vị cho phép bên Health Care Authority nói chuyện với họ về bảo hiểm của quý vị và/hay nhận thư từ liên quan tới Bảo Hiểm Y Tế Cho Thai Phụ Tuổi Thiếu Niên (Pregnant Teen Health Care Coverage) của quý vị. Để có một AREP, xin vui lòng điền các thông tin phía dưới.)			
Tên của AREP	Tên tổ chức	Số điện thoại	
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Khu Bưu Chính
Đánh vào một ô hay cả hai: ☐ Gửi thư của tôi tới địa chỉ gửi thư của tôi. ☐ Gửi thư của tôi tới địa chỉ của AREP này.			
Độc kỹ trước khi ký ở dưới			
Tôi hiểu rằng: - Hoàn cảnh của tôi phải chịu sự xác minh bởi Health Care Authority hay các cơ quan liên bang và tiểu bang khác. - Nếu tôi đã yêu cầu là việc mang thai của tôi được giữ kín ở trên, thì sẽ không có hóa đơn bảo hiểm nào khác được gửi đi cho các dịch vụ mà tôi nhận qua chương trình này.			
Phần tuyên bố và chữ ký			
Tôi đã đọc và đã hiểu các thông tin trong đơn này. Tôi xin tuyên bố dưới hình phạt khai man rằng, các thông tin tôi đã cho trong đơn này là đúng với sự thật, và hoàn chỉnh nhất với sự hiểu biết của tôi.			
Chữ ký đương đơn		Ngày	