

Đơn Xin Hưởng Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe (và để tìm xem quý vị có thể nhận được trợ giúp về các chi phí hay không)

Sử dụng đơn xin này để xem bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nào quý vị hội đủ điều kiện hưởng:

- Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe miễn phí hoặc chi phí thấp từ Washington Apple Health (Medicaid), bao gồm Apple Health for Kids có phí bảo hiểm cũng được gọi là Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Trẻ Em (Children's Health Insurance Program – CHIP)
- Một tín thuế có thể giúp quý vị chi trả phí bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị cho Chương Trình Sức Khỏe Đủ Điều Kiện
- Chương Trình Sức Khỏe Đủ Điều Kiện tư nhân toàn bộ chi phí và Chương Trình Nha Khoa Đủ Điều Kiện

Nộp đơn trực tuyến nhanh hơn

- Nộp đơn trực tuyến nhanh hơn tại wahealthplanfinder.org

Thông tin quý vị sẽ cần để nộp đơn xin cho bản thân mình và những người khác:

- Số An Sinh Xã Hội (Social Security numbers – SSN): dành cho bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có một số SSN (không phải tất cả các chương trình nào cũng yêu cầu quý vị phải có một số SSN)
- Ngày sinh của mỗi thành viên trong hộ gia đình quý vị
- Hộ chiếu nước ngoài, số "A", hoặc các số nhập cư khác đối với bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình là người nhập cư và đang nộp đơn xin hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe
- Thông tin thu nhập đối với tất cả người lớn và tất cả trẻ vị thành niên có đủ thu nhập để yêu cầu họ phải nộp bản khai thuế
- Thông tin về bảo hiểm y tế hiện có cho quý vị hoặc gia đình quý vị

Vì sao chúng tôi yêu cầu quá nhiều thông tin?

Chúng tôi cần thông tin sau đây để xác định bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nào quý vị hội đủ điều kiện để hưởng. Chúng tôi sẽ lưu giữ thông tin quý vị cung cấp riêng biệt theo quy định của luật pháp.

Gửi đơn xin hoàn tất và đã ký của quý vị đến:

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
hoặc Fax 1-855-867-4467

Nếu quý vị không có tất cả thông tin chúng tôi yêu cầu, quý vị có thể bắt đầu đơn xin của mình bằng cách điền tên, ngày sinh, địa chỉ và chữ ký của quý vị, đồng thời gửi đơn xin này đến địa chỉ trên đây.

Nhận được trợ giúp về đơn xin này:

- Trực tuyến: wahealthplanfinder.org
- Điện thoại: Gọi Trung Tâm Hỗ Trợ Khách Hàng theo số 1-855-WAFINDER (855-923-4633) hoặc 1-855-627-9604 (TTY)
- Trực tiếp: Để nhận được trợ giúp đơn xin hãy tìm một Nhân Viên Hướng Dẫn hoặc Nhân Viên Môi Giới thông qua đường dẫn hỗ trợ khách hàng tại wahealthplanfinder.org.
- Ngôn ngữ hoặc khuyết tật: Để nhận được trợ giúp miễn phí về một ngôn ngữ của quý vị (bao gồm một phiên dịch viên hoặc biên dịch tài liệu in) hay một nơi ăn ở dành cho người khuyết tật, hãy gọi 1-855-WAFINDER (855-923-4633) hoặc 1-855-627-9604 (TTY)

Định Nghĩa

Phí Bảo Hiểm: Số tiền quý vị chi trả mỗi tháng cho chương trình sức khỏe của mình, nếu có. Quý vị phải chi trả phí bảo hiểm của mình dù quý vị không nhận được bất kỳ dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào.

Tín Thuế Để Trả Phí Bảo Hiểm Y Tế: Các tín thuế được sử dụng để giảm bớt phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.

Washington Healthplanfinder: Một thị trường trực tuyến dành cho các cá nhân và gia đình ở Washington so sánh và đăng ký bảo hiểm cũng như được quyền tiếp cận các tín thuế, khoản chia sẻ chi phí được giảm bớt và các chương trình công cộng như Washington Apple Health.

Chương Trình Sức Khỏe Đủ Điều Kiện: Bảo hiểm y tế tư nhân thông qua Washington Healthplanfinder.

Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu: Đây là loại bảo hiểm mà một cá nhân cần phải có để đáp ứng yêu cầu trách nhiệm cá nhân theo Đạo Luật Chăm Sóc Khả Dụng. Bảo hiểm này bao gồm các hợp đồng bảo hiểm y tế cá nhân và gia đình, bảo hiểm dựa trên việc làm, Medicare, Medicaid, Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Trẻ Em (CHIP), TRICARE, và bảo hiểm khác bao trả 10 Phúc Lợi Y Tế Thiết Yếu.

Phúc Lợi Y Tế Thiết Yếu: Một bộ gồm có 10 dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà tất cả chương trình sức khỏe phải bao trả, như các buổi thăm khám với bác sĩ, thời gian nằm viện và thuốc kê toa. Một số phúc lợi miễn phí và một số có thể có các khoản đồng chi trả và khoản đồng bảo hiểm.

Washington Apple Health: Các chương trình bảo hiểm y tế công cộng dành cho các cư dân Washington đủ điều kiện. Washington Apple Health là tên được sử dụng trong Washington dành cho Medicaid, Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Trẻ Em (CHIP) và các chương trình chăm sóc sức khỏe khác được tiểu bang Washington tài trợ.

Đối với những người tự làm chủ

Quý vị có thể lấy tổng thu nhập trừ các chi phí được phép dưới đây để có một số tiền thu nhập thực từ việc tự làm chủ của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy xem "Hướng Dẫn về Thuế Thu Nhập Đánh Trên Hoạt Động Kinh Doanh (Schedule C) hoặc Thuế Đánh Trên Sổ Cổ Phiếu (Schedule F)" tại www.irs.gov.

Một số ví dụ về các chi phí được phép là:

- Phí tổn xe hơi và xe tải
- Tiền hoa hồng, lệ phí và lao động hợp đồng
- Sự hao cạn
- Khấu hao
- Các chương trình phúc lợi cho người lao động, lương hưu và các kế hoạch chia sẻ lợi nhuận
- Bảo hiểm (trừ y tế) và tiền lãi thế chấp
- Dịch vụ pháp lý và chuyên nghiệp
- Chi phí, tiền thuê và tiền cho thuê văn phòng
- Tài sản, trách nhiệm pháp lý hoặc bảo hiểm về phá sản doanh nghiệp
- Cung cấp, sửa chữa và bảo dưỡng
- Đi lại, bữa ăn và giải trí
- Chi phí hiệu dụng, thuế và giấy phép
- Tiền lương

Các Quyền và Trách Nhiệm về Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe

Trong tài liệu này:

- **Mục 1** Tất cả các chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe
- **Mục 2** Chỉ Washington Apple Health
- **Mục 3** Chỉ các chương trình sức khỏe đủ điều kiện
- **Mục 4** Nộp đơn khiếu nại

1. Tất cả các chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe

Các quyền của quý vị

Washington Health Benefit Exchange và Health Care Authority (Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe) phải:

Giúp quý vị đọc và điền vào tất cả mẫu đơn được yêu cầu. Washington Health Benefit Exchange (HBE) quản lý Washington Healthplanfinder, nơi quý vị đến nộp đơn xin và quản lý bảo hiểm y tế và nha khoa của quý vị. Để được trợ giúp, quý vị có thể liên hệ với Trung Tâm Hỗ Trợ Khách Hàng Washington Healthplanfinder theo số 1-855-923-4633. Nếu quý vị là một cá nhân lớn tuổi, bị mù hoặc khuyết tật hay cần các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (long-term services and supports - LTSS) thì quý vị có thể liên hệ với Bộ Y Tế và Xã Hội (Department of Social and Health Services - DSHS) theo số 1-877- 501-2233.

Cung cấp các dịch vụ phiên dịch viên hoặc biên dịch viên không tính phí quý vị và không trì hoãn khi liên hệ với HBE, Health Care Authority (HCA) hoặc DSHS. Quý vị có thể yêu cầu một phiên dịch viên vào bất kỳ lúc nào quý vị liên hệ với chúng tôi.

Bảo mật thông tin cá nhân của quý vị nhưng chúng tôi có thể chia sẻ một số thông tin với các cơ quan khác của tiểu bang và liên bang vì mục đích hội đủ điều kiện và đăng ký. Đọc Chính Sách Quyền Riêng Tư của HBE [wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html](https://www.wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html).

Cho quý vị cơ hội để kháng nghị nếu quý vị không đồng ý việc xác định do HBE hoặc DSHS đưa ra làm ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện của quý vị để hưởng bảo hiểm y tế, LTSS, chương trình sức khỏe, tín thuế để trả phí bảo hiểm y tế, trợ cấp phí bảo hiểm hoặc khoản giảm bớt chi phí chia sẻ. Bằng cách yêu cầu kháng nghị, hồ sơ của quý vị sẽ được tái xét. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về quy trình kháng nghị của HBE bằng cách truy cập [wahbexchange.org/contact-us/appeals](https://www.wahbexchange.org/contact-us/appeals) hoặc liên hệ với Trung Tâm Hỗ Trợ Khách Hàng Washington Healthplanfinder theo số 1-855-923-4633. Để biết thông tin về kháng nghị đối với các chương trình DSHS, hãy liên hệ với DSHS theo số 1-877-501-2233 hoặc ghé đến Văn Phòng Dịch Vụ Tại Nhà và Cộng Đồng địa phương của quý vị. Quý vị sẽ được sắp xếp tham gia một Phiên Điều Trần Hành Chánh nếu kháng nghị nhằm mục đích đưa ra quyết định về bảo hiểm Washington Apple Health (Medicaid).

Đối xử với quý vị công bằng. Phân biệt đối xử là trái với luật pháp. HBE và HCA tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử vì lý do chủng tộc, màu da, nguyên quán, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính. HBE và HCA không loại trừ hoặc đối xử với mọi người khác biệt vì lý do chủng tộc, màu da, nguyên quán, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính của họ.

HBE và HCA tuân thủ theo luật pháp hiện hành của tiểu bang và không phân biệt đối xử vì lý do tín ngưỡng, giới tính, thể hiện hoặc định dạng giới tính, định hướng tính dục, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, tình trạng xuất ngũ danh dự của cựu chiến binh hoặc quân đội, hay sử dụng chó dẫn đường hoặc động vật đã được huấn luyện của một người khuyết tật.

HBE và HCA:

- Cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để họ có thể giao tiếp với chúng tôi một cách hiệu quả, như:
 - Các phiên dịch viên ngôn ngữ cử chỉ có đủ tư cách
 - Thông tin bằng văn bản trong các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể sử dụng, các định dạng khác)
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người sử dụng ngôn ngữ chính của họ không phải là Tiếng Anh, như:
 - Các thông dịch viên đủ tiêu chuẩn
 - Thông tin văn bản bằng các ngôn ngữ khác Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ 1-855-923-4633.

Nếu quý vị cho rằng HBE và HCA đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo một cách khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu kiện cho:

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
Fax: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

- **Health Care Authority Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
Fax: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

Quý vị có thể nộp đơn khiếu kiện trực tiếp hoặc gửi thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần giúp nộp đơn khiếu nại, Bộ Phận Pháp Lý Washington Health Benefit Exchange hoặc Phòng Dịch Vụ Pháp Lý HCA sẵn sàng trợ giúp quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại dân quyền cho Bộ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền bằng cách gửi thư, email, điện thoại hoặc trực tuyến tại:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Điện thoại: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Email: ocrmail@hhs.gov
Trực tuyến: ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

Các mẫu đơn khiếu nại hiện có tại: hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf

Trách nhiệm của quý vị

Quý vị phải cung cấp Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number – SSN) hoặc số chứng từ nhập cư nếu quý vị có.

Nếu quý vị không có một SSN hoặc số chứng từ nhập cư, quý vị có thể vẫn nộp đơn xin bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nhưng có thể không hội đủ điều kiện hưởng tất cả các chương trình có hỗ trợ tài chính. Chúng tôi sử dụng thông tin này nhằm kiểm tra việc hội đủ điều kiện của quý vị để hưởng các chương trình bằng cách xác nhận danh tính, quốc tịch, tình trạng nhập cư, ngày sinh của quý vị và khả năng hiện có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác. Chúng tôi không chia sẻ thông tin này cho bất kỳ cơ quan di trú nào. Số An Sinh Xã Hội (SSN) cần phải có đối với các chương trình và tín thuế nhất định.

Nếu quý vị không cung cấp SSN hoặc số chứng từ nhập cư cho bản thân quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình quý vị, chúng tôi có thể cần phải liên hệ với quý vị để nhận thêm thông tin. Cung cấp bất kỳ thông tin hoặc bằng chứng nào cần thiết để quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không, nếu được cơ quan yêu cầu.

Những việc quý vị nên biết

Có các luật lệ nhất định của tiểu bang và liên bang chi phối hoạt động của Washington Healthplanfinder và các hệ thống ứng dụng do tiểu bang quản lý, các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là người sử dụng chúng và bảo hiểm quý vị nhận được khi sử dụng chúng. Bằng cách sử dụng các hệ thống này, quý vị đồng ý tuân thủ theo luật pháp áp dụng cho người nào đó sử dụng chúng và bảo hiểm họ nhận được cũng như vậy.

Đạo Luật Đăng Ký Cử Tri Toàn Quốc ban hành năm 1973 yêu cầu tất cả các tiểu bang cung cấp dịch vụ trợ giúp 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 việc hội đủ điều kiện của quý vị để hưởng bảo hiểm hoặc các phúc lợi và dịch vụ hay các phúc lợi được cung cấp thông qua những cơ quan của chúng tôi. 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.

Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act – HIPAA) có các hạn chế ngăn cản HBE, HCA và DSHS bàn thảo về thông tin sức khỏe của quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị với bất kỳ người nào, bao gồm một đại diện được ủy quyền, trừ khi cá nhân đó có quyền ủy nhiệm hoặc quý vị đã ký một mẫu đơn đồng ý cho phép tiết lộ thông tin này. Việc này bao gồm sự tiết lộ thông tin sức khỏe tâm thần, các kết quả xét nghiệm HIV, AIDS, STD, hoặc các dịch vụ điều trị và cai nghiện ma túy. Để biết thêm thông tin về chính sách quyền riêng tư của HBE, hãy truy cập wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html

Đạo Luật Chăm Sóc Khả Dụng ngăn chặn HBE, HCA và DSHS cung cấp thông tin nhận dạng cá nhân (personally identifiable information – PII) của quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào của hộ gia đình quý vị cho bất kỳ người nào không được cho phép nhận thông tin này, và không có sự đồng ý của quý vị.

Thông tin mà quý vị cung cấp cho HBE, HCA và DSHS đều phải được các viên chức liên bang và tiểu bang xác minh vì mục đích xác định việc hội đủ điều kiện của quý vị để hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe. Việc xác minh có thể bao gồm các tài xét sau khi hội đủ điều kiện và theo dõi từ nhân viên cơ quan.

Nếu quý vị bắt đầu một đơn xin hưởng bảo hiểm y tế thông qua Washington Healthplanfinder và không hoàn tất quy trình vì bất kỳ lý do nào, thông tin của quý vị sẽ được lưu trữ ở Washington Healthplanfinder và quý vị có thể sử dụng trong 90 ngày. Nếu quý vị không hoàn tất đơn xin sau thời hạn 90 ngày, thông tin của quý vị sẽ bị xóa bỏ khỏi hệ thống Washington Healthplanfinder.

HBE, HCA và DSHS không có trách nhiệm quản lý chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Công ty bảo hiểm y tế của quý vị có thể cung cấp cho quý vị thêm thông tin về các phúc lợi của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc về các thời hạn chương trình bảo hiểm y tế của mình, bao gồm các phúc lợi nào quý vị hội đủ điều kiện hưởng, chi phí tự chi trả theo chương trình của quý vị, và khiếu nại về phúc lợi hoặc kháng nghị việc từ chối các phúc lợi, quý vị nên liên hệ với công ty bảo hiểm y tế của mình. Nếu quý vị hội đủ điều kiện hưởng COBRA sau khi chấm dứt bất kỳ bảo hiểm y tế nào được mua thông qua Washington Healthplanfinder, việc quản lý COBRA và gửi cho quý vị các thông báo COBRA được yêu cầu và các thời hạn bắt đầu là trách nhiệm của sở làm quý vị.

Không hủy bỏ bất kỳ bảo hiểm hiện tại nào hoặc từ chối bất kỳ các phúc lợi COBRA nào cho đến khi quý vị nhận được một thư chấp thuận và hợp đồng bảo hiểm, cũng được gọi là hợp đồng hoặc chứng nhận bảo hiểm, từ công ty bảo hiểm mà quý vị đã chọn. Bảo đảm quý vị hiểu và đồng ý với các điều khoản của hợp đồng, đặc biệt chú ý đến ngày có hiệu lực, thời hạn chờ, số tiền phí bảo hiểm, phúc lợi, hạn chế, loại trừ và phụ lục.

2. Chỉ Washington Apple Health

Các quyền của quý vị

Washington Health Benefit Exchange và Health Care Authority (Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe) phải:

Giải thích cho quý vị các quyền và trách nhiệm của quý vị nếu quý vị yêu cầu.

Cho phép quý vị nộp một phần đơn xin mà bao gồm tối thiểu là tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị hoặc chữ ký của đại diện được ủy quyền của người nộp đơn xin. Ngày chúng tôi nhận một phần đơn xin là ngày trên đơn xin của quý vị, có thể ảnh hưởng khi bảo hiểm của quý vị bắt đầu có hiệu lực. Chúng tôi sẽ không đưa ra một quyết định cuối cùng nào về bảo hiểm của quý vị cho đến sau khi quý vị hoàn tất đơn xin.

Cho phép quý vị nộp hoặc gửi một phần đơn xin bằng cách sử dụng bất kỳ cách thức nào được liệt kê theo WAC 182-503-0005.

Tiến hành giải quyết đơn xin của quý vị nhanh chóng và không trễ hơn tiến độ được quy định trong WAC 182-503-0060.

Cho quý vị 10 ngày dương lịch vì chúng tôi cần xác định việc hội đủ điều kiện. Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi sẽ cho quý vị thêm thời gian. Nếu quý vị không cung cấp cho chúng tôi thông tin hoặc yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể từ chối, chấm dứt hoặc thay đổi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Trợ giúp quý vị nếu quý vị gặp khó khăn khi lấy bất kỳ thông tin hoặc bằng chứng nào cần thiết để chúng tôi quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không. Nếu chúng tôi yêu cầu một chứng từ mà quý vị sẽ trả tiền chi phí, chúng tôi sẽ gửi đặt mua chứng từ đó và trả chi phí.

Thông báo cho quý vị biết, trong hầu hết các trường hợp, ít nhất 10 ngày trước khi chúng tôi ngưng lại bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Gửi cho quý vị một quyết định việc hội đủ điều kiện bằng văn bản, trong hầu hết các trường hợp, trong vòng 45 ngày. Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe dành cho một số trường hợp người khuyết tật có thể lên đến 60 ngày. Chúng tôi đưa ra một quyết định bằng văn bản về việc khám thai trong vòng 15 ngày.

Cho phép quý vị từ chối nói với một điều tra viên nếu chúng tôi kiểm tra hồ sơ của quý vị. Quý vị không phải cho một điều tra viên vào nhà của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu điều tra viên trở lại vào một lúc khác. Một yêu cầu như thế sẽ không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện của quý vị để hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe.

Tiếp tục bảo hiểm Washington Apple Health trong khi chúng tôi quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện hưởng một chương trình khác hay không theo WAC 182-504-0125

Cho quý vị quyền tiếp cận công bằng về các dịch vụ như được quy định trong WAC 182-503-0120 nếu quý vị hội đủ điều kiện.

Trách nhiệm của quý vị

Quý vị phải:

Báo cáo các thay đổi được quy định trong WAC 182-504-0105 và WAC 182-504-0110 trong vòng 30 ngày của thay đổi này. Đọc thư chấp thuận của quý vị để xem các thay đổi nào quý vị phải báo cáo.

Hoàn tất các gia hạn khi được yêu cầu.

Cung cấp thông tin của nhà cung cấp dịch vụ y tế cần thiết để gửi hóa đơn cho chúng tôi về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nộp đơn xin hưởng Medicare nếu quý vị được quyền đối với điều này.

Hợp tác với nhân viên HCA nếu được yêu cầu.

Những việc quý vị nên biết

Bằng cách yêu cầu và nhận Apple Health, quý vị cung cấp cho tiểu bang Washington tất cả các quyền về bất kỳ hỗ trợ y tế nào hoặc về bất kỳ khoản chi trả nào của bên thứ ba đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

- **Cơ Quan có thể chia sẻ** lược sử chủng ngừa của con quý vị với Hệ Thống Theo Dõi Hồ Sơ Chủng Ngừa Trẻ Em.
- **Thông tin quý vị báo cáo** có thể được cung cấp cho DSHS để xác định việc hội đủ điều kiện và các phúc lợi hàng tháng đối với những chương trình như bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, trợ cấp tiền mặt, trợ cấp thực phẩm và trợ cấp giữ trẻ.

Theo luật pháp, Tiểu Bang Washington có thể thu hồi các chi phí mà khoản này được chi trả cho các loại dịch vụ y tế nhất định từ bất động sản của quý vị thông qua Thu Hồi Di Sản (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 và Chương 182-527 WAC). Thu Hồi Di Sản không xảy ra cho đến sau khi quý vị qua đời, vợ/chồng còn lại của quý vị qua đời và các con còn lại của quý vị đều từ 21 tuổi trở lên. Thu hồi di sản cũng không xảy ra nếu một con còn lại bị mù/khuyết tật vào thời điểm quý vị qua đời. Các chi phí có thể thu hồi lại được bao gồm:

- Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn Washington Apple Health nhất định, nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên vào thời điểm quý vị đã nhận được các dịch vụ;
- Các dịch vụ nhất định chỉ do tiểu bang tài trợ, bất kể tuổi tác của quý vị vào thời điểm quý vị đã nhận được các dịch vụ.

Quý vị có thể tìm thấy một danh sách các dịch vụ phải thu hồi chi phí theo WAC 182-527-2746. Quý vị có thể tìm thấy một danh sách tài sản được loại khỏi việc thu hồi theo WAC 182-527-2754. Tiểu Bang cũng có thể nộp đơn xin quyền lưu giữ tài sản trước khi qua đời để thu hồi sau khi qua đời, tuân theo các yêu cầu của Bộ Luật 42 Hoa Kỳ 1396p. Các vùng đất bộ lạc và những tài sản nhất định thuộc về Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Xứ Alaska có thể được miễn thu hồi (WAC 182-527-2754). Tiểu Bang có thể thu hồi từ việc bán nhà cửa hoặc bất động sản của quý vị, trừ khi:

- Vợ/chồng quý vị sống tại nhà này;
- Anh chị em ruột của quý vị sống tại nhà này, là một đồng chủ sở hữu, và đáp ứng các điều kiện nhất định.
- Con quý vị sống tại nhà này và bị mù/khuyết tật; hoặc
- Con quý vị sống tại nhà này và dưới 21 tuổi.

Quý vị có thể tìm thấy một danh sách các dịch vụ phải thu hồi chi phí theo quyền nắm giữ thế chấp trước khi qua đời trong WAC 182-527-2734.

Quý vị có thể bị giới hạn về một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhà thuốc và/hoặc bệnh viện nếu quý vị tìm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không cần thiết từ các nhà cung cấp.

3. Chỉ Các Chương Trình Sức Khỏe Đủ Điều Kiện

Những việc quý vị nên biết

Nếu quý vị đăng ký vào một chương trình sức khỏe đủ điều kiện thông qua Washington Healthplanfinder và không cung cấp đủ thông tin để xác minh việc hội đủ điều kiện của quý vị, quý vị sẽ có 90 ngày để cung cấp thêm thông tin nhằm đáp ứng yêu cầu của việc hội đủ điều kiện. Bất kỳ khoản chi trả tạm ứng nào của tín thuế được trả thay cho quý vị đều phải được đối chiếu.

Nếu quý vị có một Số An Sinh Xã Hội (SSN), quý vị phải cung cấp số này trong đơn xin của mình. Nếu quý vị không có SSN, quý vị vẫn có thể mua bảo hiểm y tế trên Washington Healthplanfinder. Chúng tôi sử dụng thông tin này để kiểm tra xem quý vị có hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hay không bằng cách xác nhận danh tính, quốc tịch, tình trạng nhập cư, ngày sinh của quý vị và khả năng hiện có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác. Chúng tôi không chia sẻ thông tin này cho bất kỳ cơ quan di trú nào. Số An Sinh Xã Hội (SSN) cần phải có đối với các chương trình và tín thuế nhất định.

Nếu quý vị không cung cấp một Số An Sinh Xã Hội cho bản thân quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình quý vị, chúng tôi có thể cần phải liên hệ với quý vị để nhận thêm thông tin.

Nếu quý vị đăng ký trong một chương trình sức khỏe đủ điều kiện thông qua Washington Healthplanfinder và có một thay đổi về thu nhập, quý vị nên thông báo cho chúng tôi biết càng sớm càng tốt. Một thay đổi về thu nhập có thể thay đổi các tín thuế hoặc khoản giảm bớt chi phí chia sẻ mà quý vị hội đủ điều kiện để hưởng. Quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng một chương trình chi phí thấp hơn sau khi thu nhập thay đổi, hoặc quý vị có thể được yêu cầu hoàn lại một phần tín thuế mà quý vị nhận được nếu thu nhập của quý vị tăng thêm và quý vị không báo cáo các thay đổi này.

Quý vị có thể báo cáo một thay đổi về thu nhập bằng cách đăng nhập vào tài khoản Washington Healthplanfinder của quý vị và chọn “Báo Cáo một Thay Đổi.” Để được trợ giúp, hoặc để thông báo cho chúng tôi bằng điện thoại, hãy gọi Trung Tâm Hỗ Trợ Khách Hàng của chúng tôi theo số 1-855-923-4633.

Việc đối chiếu các tín thuế được yêu cầu: Quý vị được yêu cầu báo cáo cho IRS về các tín thuế mà quý vị nhận được. Quý vị thực hiện điều này bằng cách nộp tờ khai thuế IRS hàng năm và bao gồm các mẫu đơn IRS chính xác. Việc không báo cáo các tín thuế cho IRS sẽ làm cho quý vị không nhận được các tín thuế trong tương lai. Để biết thêm thông tin, hãy đọc các hướng dẫn được cung cấp cùng với mẫu đơn 1095 và 8962 của IRS.

Các chi phí bảo hiểm y tế được trình bày có thể thay đổi: Các chi phí có thể thay đổi được dựa vào những thông lệ bảo hiểm của công ty bảo hiểm y tế và sự lựa chọn của quý vị về bất kỳ tùy chọn nào hiện có.

Mức phí được trình bày chỉ áp dụng cho ngày có hiệu lực theo yêu cầu của quý vị. Mức phí bảo hiểm phụ thuộc vào độ tuổi của những người trong hộ gia đình quý vị. Nếu một thành viên trong hộ gia đình quý vị có ngày sinh nhật trong khoảng thời gian từ lúc quý vị xem lại chương trình đến lúc chương trình của quý vị bắt đầu (ngày có hiệu lực), chi phí bảo hiểm của quý vị có thể tăng thêm. Công ty bảo hiểm mà quý vị đã chọn có thể không bảo đảm mức phí của họ vào bất kỳ thời gian nào. Bảo hiểm của quý vị sẽ không có hiệu lực cho đến khi công ty bảo hiểm của quý vị xác nhận việc nhận được khoản chi trả.

Quý vị đồng ý cho Sở An Sinh Việc Làm Tiểu Bang Washington tiết lộ dữ liệu tiền lương và việc làm của quý vị cho HBE. Quý vị thừa nhận rằng việc đưa ra chấp thuận này sẽ giúp đơn giản hóa quy trình nộp đơn xin và tái xác định tại Washington Healthplanfinder. Thông tin cá nhân của quý vị sẽ được bảo vệ như quy định trong Chính Sách Quyền Riêng Tư của chúng tôi. Xem chính sách quyền riêng tư của HBE tại wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

4. Nộp Đơn Khiếu Nại

Theo đúng luật pháp liên bang và chính sách Bộ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ (Department of Health and Human Services – HHS), nghiêm cấm cơ quan này phân biệt đối xử vì lý do chủng tộc, màu da, nguyên quán, giới tính, tuổi tác hoặc khuyết tật. Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử, hãy liên hệ với HHS.

**Regional Manager,
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**
2201 Sixth Ave. M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
Điện thoại: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 206-615-2297

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại dân quyền cho HHS, Văn Phòng Dân Quyền.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የጽንፅ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែប្រភេទសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຝຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنگ وړولو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਆਰੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਾਵਾ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚነትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓፂሱ ናይ ጽንፅ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Đơn Xin Hưởng Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe

PHẦN 1

1

Tên và thông tin liên hệ của người nộp đơn chính

Tên

Tên Lót

Họ và Hậu Tố

Ngày sinh (MM/DD/YYYY)

Số An Sinh Xã Hội (SSN)*

Giới tính được định rõ lúc ra đời

Nam

Nữ

Chữ ký của người nộp đơn hoặc đại diện được ủy quyền

Quý vị có một địa chỉ nhà không?

Không

Có

Nếu không, quý vị muốn nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở quận nào?

Quý vị vẫn cần phải cung cấp một địa chỉ gửi thư.

Địa chỉ nơi quý vị sống

Thành phố

Tiểu bang

Mã Vùng

Địa chỉ gửi thư (nếu khác)

Thành phố

Tiểu bang

Mã Vùng

Số điện thoại chính

Số điện thoại phụ

Địa chỉ E-mail

Washington Healthplanfinder có thể cần liên hệ với quý vị về tình trạng đơn xin của quý vị và/hoặc yêu cầu thêm thông tin. Quý vị muốn được liên hệ như thế nào? ☐ Điện thoại ☐ E-mail ☐ Thư USPS

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

2

Thông tin ngôn ngữ

Quý vị hoặc bất kỳ người nào mà quý vị đang nộp đơn xin muốn có một phiên dịch viên và để nhận các chứng từ bằng một ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh không?

Không

Có

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

Quý vị hoặc bất kỳ người nào mà quý vị đang nộp đơn xin có cần một chứng từ theo định dạng khác không?

Không

Có

Nếu có, chúng tôi nên gửi định dạng khác nào cho quý vị?

☐ Tiếng Anh in chữ lớn☐ Chữ Braille

18001

Người nào đó trong hộ gia đình có mang thai không? ☐ Không ☐ Có

- Một đại diện được ủy quyền (authorized representative – AREP) là bất kỳ người lớn nào đủ nhận biết về hoàn cảnh gia đình và được ủy quyền để đại diện cho hộ gia đình vì mục đích của việc hội đủ điều kiện. Điều này khác với việc hợp tác với một Nhân Viên Hướng Dẫn hoặc một Nhân Viên Môi Giới.
 - Nếu người nộp đơn không thể cử một AREP, do tình trạng bệnh tật, một cá nhân có thể tự đề cử là AREP bằng cách hoàn tất Mẫu Đơn Đề Cử Đại Diện Được Ủy Quyền (DSHS 14-532) tại dshs.wa.gov/authorized-rep-form.
 - 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.
- a. Quý vị có đang đề cử một đại diện được ủy quyền không? ☐ Không ☐ Có
- b. Quý vị có muốn đại diện được ủy quyền của mình cũng nhận các thông báo liên quan đến đơn xin và tài khoản của quý vị không? ☐ Không ☐ Có

Tổ chức/tên đại diện được ủy quyền

Số điện thoại

Địa chỉ gửi thư của đại diện được ủy quyền

Địa chỉ E-mail

Quý vị phải bao gồm các cá nhân này trong đơn xin của quý vị: vợ/chồng, các con quý vị sống với quý vị, tất cả cha mẹ đang sống trong nhà với các con họ, và bất kỳ người nào quý vị yêu cầu kê khai vào bản khai thuế thu nhập liên bang của quý vị, nếu quý vị nộp một bản. Sử dụng trang 9 đến trang 16 để chia sẻ thông tin về gia đình quý vị.

Nếu quý vị mong được tính là một người phụ thuộc của người nộp thuế trong bản khai thuế của người nào đó, quý vị phải bao gồm tất cả thành viên trong hộ gia đình đang khai thuế kê khai quý vị và bất kỳ thành viên nào trong gia đình đang sống với quý vị.

Quý vị không cần khai thuế để nộp đơn xin hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe.

Tên

Tên Lót

Họ

Ngày sinh (MM/DD/YYYY)

Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không? ☐ Không ☐ Có

BẢN THÂN

Quan hệ với quý vị:

(Đối với các cá nhân không nộp đơn xin hưởng bảo hiểm, việc cung cấp một số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc tình trạng nhập tịch là không bắt buộc)

Tình trạng Quyền 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

Số An Sinh Xã Hội (SSN):

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 cấp:

Ngày nhập cảnh: (MM/DD/YYYY)

Ngày hết hạn của chứng từ: (MM/DD/YYYY)

Tình trạng khai thuế được mong đợi cho năm hiện tại (chọn một)

Khai thuế độc thân

Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó trong đơn xin

Chủ hộ gia đình

Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó không có trong đơn xin

Người góa chồng (vợ) hội đủ điều kiện có con nhỏ

Người không khai thuế cũng không là người phụ thuộc vào người khai thuế

Vợ chồng khai thuế riêng

Vợ chồng khai thuế chung:

Tên người khai thuế chính: _____

Quý vị đã có tình trạng khai thuế năm trước giống như năm hiện tại được liệt kê trên đây không? Không Có

Nếu không, hãy liệt kê tình trạng khai thuế năm trước:

(Câu trả lời của quý vị đối với câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng Apple Health của quý vị)

Nếu quý vị đang nộp đơn xin này từ ngày 01 Tháng Mười Một đến ngày 31 Tháng Mười Hai của năm dương lịch này, quý vị có mong tình trạng khai thuế năm tới giống như quý vị đã làm cho năm này không? Không Có

Chủng tộc (TÙY CHỌN – đánh dấu tất cả mục thích hợp)

Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska

Filipino

Lào

Việt Nam

Mỹ Da Đỏ Châu Á

Guam

Dân Đảo Thái Bình Dương Châu Á khác

Da Trắng

Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi

Hawaii

Chủng Tộc Khác

Campuchia

Nhật Bản

Samoa

Trung Quốc

Hàn Quốc

Thái

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

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

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 ngăn cản khả năng đăng ký của quý vị vào một chương trình sức khỏe.

Quý vị có là một Người Mỹ Da Đỏ hay Thổ Dân Alaska không? Không Có

7

Vợ/chồng hoặc cha/mẹ khác (Nếu đang sống trong nhà)

Tên _____ Tên Lót _____ Họ _____ Ngày sinh (MM/DD/YYYY) _____

Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không? Không Có

Giới tính được định rõ lúc ra đời Nam Nữ

Quan hệ với quý vị (có nghĩa là vợ/chồng, bạn tình đang chung sống, bạn tình)

(Đối với các cá nhân không nộp đơn xin hưởng bảo hiểm, việc cung cấp một số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc tình trạng nhập tịch là không bắt buộc)

Tình trạng Quyền 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

Số An Sinh Xã Hội (SSN):

Nếu cá nhân này 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 cấp:

Ngày nhập cảnh: (MM/DD/YYYY)

Ngày hết hạn của chứng từ: (MM/DD/YYYY)

Tình trạng khai thuế được mong đợi cho năm hiện tại (chọn một)

Khai thuế độc thân

Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó trong đơn xin

Chủ hộ gia đình

Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó không có trong đơn xin

Người góa chồng (vợ) hội đủ điều kiện có con nhỏ

Người không khai thuế cũng không là người phụ thuộc vào người khai thuế

Vợ chồng khai thuế riêng

Vợ chồng khai thuế chung:

Tên người khai thuế chính : _____

Quý vị đã có tình trạng khai thuế năm trước giống như năm hiện tại được liệt kê trên đây không?

Không

Có

Nếu không, hãy liệt kê tình trạng khai thuế năm trước:

(Câu trả lời của quý vị đối với câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng Apple Health của quý vị)

Nếu quý vị đang nộp đơn xin này từ ngày 01 Tháng Mười Một đến ngày 31 Tháng Mười Hai của năm dương lịch này, quý vị có

mong khai tình trạng thuế năm tới giống như quý vị đã làm cho năm này không?

Không

Có

Chủng tộc (TÙY CHỌN – đánh dấu tất cả mục thích hợp)

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

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

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	

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 ngăn cản khả năng đăng ký của quý vị vào một chương trình sức khỏe.

Quý vị có là một Người Mỹ Da Đỏ hay Thổ Dân Alaska không?
 Không
 Có

8

Liệt kê trẻ em / Người phụ thuộc vào người khai thuế/Các thành viên khác trong hộ gia đình #1

Tên	Tên Lót	Họ	Ngày sinh (MM/DD/YYYY)
Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không? Không Có			
Giới tính được định rõ lúc ra đời		Nam	Nữ

Quan hệ với quý vị (ví dụ: con, cháu, cháu gái, cháu trai, anh/chị/em ruột)

(Đối với các cá nhân không nộp đơn xin hưởng bảo hiểm, việc cung cấp một số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc tình trạng nhập tịch là không bắt buộc)

Tình trạng Quyền 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
---------------------------------------	--	------

Số An Sinh Xã Hội (SSN):

Nếu cá nhân này 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 cấp:	
Ngày nhập cảnh: (MM/DD/YYYY)	Ngày hết hạn của chứng từ: (MM/DD/YYYY)	

Tình trạng khai thuế được mong đợi cho năm hiện tại (chọn một)

Khai thuế độc thân	Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó trong đơn xin
Chủ hộ gia đình	Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó không có trong đơn xin
Người góa chồng (vợ) hội đủ điều kiện có con nhỏ	Người không khai thuế cũng không là người phụ thuộc vào người khai thuế
Vợ chồng khai thuế riêng	
Vợ chồng khai thuế chung:	
Tên người khai thuế chính: _____	

Quý vị đã có tình trạng khai thuế năm trước giống như năm hiện tại được liệt kê trên đây không? Không Có

Nếu không, hãy liệt kê tình trạng khai thuế năm trước:

(Câu trả lời của quý vị đối với câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng Apple Health của quý vị)

Nếu quý vị đang nộp đơn xin này từ ngày 01 Tháng Mười Một đến ngày 31 Tháng Mười Hai của năm dương lịch này, quý vị có mong khai tình trạng thuế năm tới giống như quý vị đã làm cho năm này không? Không Có

Chủng tộc (TÙY CHỌN – đánh dấu tất cả mục thích hợp)

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

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

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	

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 ngăn cản khả năng đăng ký của quý vị vào một chương trình sức khỏe.

Quý vị có là một Người Mỹ Da Đỏ hay Thổ Dân Alaska không? Không Có

Tên	Tên Lót	Họ	Ngày sinh (MM/DD/YYYY)
-----	---------	----	------------------------

Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không? Không Có

Giới tính được định rõ lúc ra đời Nam Nữ

Quan hệ với quý vị (ví dụ: con, cháu, cháu gái, cháu trai, anh/chị/em ruột)

(Đối với các cá nhân không nộp đơn xin hưởng bảo hiểm, việc cung cấp một số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc tình trạng nhập tịch là không bắt buộc)

Tình trạng Quyền 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

Số An Sinh Xã Hội (SSN):

Nếu cá nhân này 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 cấp:

Ngày nhập cảnh: (MM/DD/YYYY)

Ngày hết hạn của chứng từ: (MM/DD/YYYY)

Tình trạng khai thuế được mong đợi cho năm hiện tại (chọn một)

☐ Khai thuế độc thân

☐ Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó trong đơn xin

☐ Chủ hộ gia đình

☐ Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó không có trong đơn xin

☐ Người góa chồng (vợ)
hội đủ điều kiện có con nhỏ

☐ Người không khai thuế cũng không là người phụ thuộc vào người khai thuế

☐ Vợ chồng khai thuế riêng

☐ Vợ chồng khai thuế chung:

Tên người khai thuế chính: _____

Quý vị đã có tình trạng khai thuế năm trước giống như năm hiện tại được liệt kê trên đây không?

Không

Có

Nếu không, hãy liệt kê tình trạng khai thuế năm trước:

(Câu trả lời của quý vị đối với câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng Apple Health của quý vị)

Nếu quý vị đang nộp đơn xin này từ ngày 01 Tháng Mười Một đến ngày 31 Tháng Mười Hai của năm dương lịch này, quý vị có mong khai tình trạng thuế năm tới giống như quý vị đã làm cho năm này không? Không Có

Chủng tộc (TÙY CHỌN – đánh dấu tất cả mục thích hợp)

Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska

Filipino

Lào

Việt Nam

Mỹ Da Đỏ Châu Á

Guam

Dân Đảo Thái Bình Dương Châu Á khác

Da Trắng

Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi

Hawai

Chủng Tộc Khác

Campuchia

Nhật Bản

Samoa

Trung Quốc

Hàn Quốc

Thái

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

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

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 ngăn cản khả năng đăng ký của quý vị vào một chương trình sức khỏe.

Quý vị có là một Người Mỹ Da Đỏ hay Thổ Dân Alaska không?

Không

Có

10

Liệt kê trẻ em / Người phụ thuộc vào người khai thuế/Các thành viên khác trong hộ gia đình #3

Tên

Tên Lót

Họ

Ngày sinh (MM/DD/YYYY)

Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không?

Không

Có

Giới tính được định rõ lúc ra đời

Nam

Nữ

Quan hệ với quý vị (ví dụ: con, cháu, cháu gái, cháu trai, anh/chị/em ruột)

(Đối với các cá nhân không nộp đơn xin hưởng bảo hiểm, việc cung cấp một số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc tình trạng nhập tịch là không bắt buộc)

Tình trạng Quyền 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

Số An Sinh Xã Hội (SSN):

Nếu cá nhân này 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 cấp:

Ngày nhập cảnh: (MM/DD/YYYY)

Ngày hết hạn của chứng từ: (MM/DD/YYYY)

Tình trạng khai thuế được mong đợi cho năm hiện tại (chọn một)

Khai thuế độc thân

Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó trong đơn xin

Chủ hộ gia đình

Khai thuế cho người phụ thuộc vào người nào đó không có trong đơn xin

Người góa chồng (vợ)
hội đủ điều kiện có con nhỏ

Người không khai thuế cũng không là người phụ thuộc vào người khai thuế

Vợ chồng khai thuế riêng

Vợ chồng khai thuế chung:

Tên người khai thuế chính: _____

Quý vị đã có tình trạng khai thuế năm trước giống như năm hiện tại được liệt kê trên đây không?

Không

Có

Nếu không, hãy liệt kê tình trạng khai thuế năm trước:

(Câu trả lời của quý vị đối với câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng Apple Health của quý vị)

Nếu quý vị đang nộp đơn xin này từ ngày 01 Tháng Mười Một đến ngày 31 Tháng Mười Hai của năm dương lịch này, quý vị có mong khai tình trạng thuế năm tới giống như quý vị đã làm cho năm này không?

Không

Có

Chủng tộc (TÙY CHỌN – đánh dấu tất cả mục thích hợp)

Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska

Filipino

Lào

Việt Nam

Mỹ Da Đỏ Châu Á

Guam

Dân Đảo Thái Bình Dương Châu Á khác

Da Trắng

Mỹ Da Đen hoặc Mỹ Châu Phi

Hawaii

Chủng Tộc Khác

Campuchia

Nhật Bản

Samoa

Trung Quốc

Hàn Quốc

Thái

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

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

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 ngăn cản khả năng đăng ký của quý vị vào một chương trình sức khỏe.

Quý vị có là một Người Mỹ Da Đỏ hay Thổ Dân Alaska không?

Không

Có

Để bao gồm nhiều thành viên trong hộ gia đình hơn, hãy đính kèm một tờ giấy có thông tin được yêu cầu trên đây cho mỗi cá nhân.

Thông Tin Về Người Mỹ Da Đỏ & Bản Xứ Alaska

Người Mỹ Da Đỏ và Bản Xứ Alaska có thể hội đủ điều kiện hưởng các quy chế bảo vệ Apple Health đặc biệt và hưởng các phúc lợi đặc biệt thông qua Washington Healthplanfinder. Hoàn tất bảng dưới đây cho mỗi thành viên mà quý vị đang nộp đơn xin, người đó có nguồn gốc là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Bản Xứ Alaska.

Tên người

Tên bộ lạc

Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận, băng, Pueblo hoặc Rancheria;

Cổ Đông trong một Công Ty Vùng hoặc Làng Người Bản Xứ Alaska

Không

Có

Tên người

Tên bộ lạc

Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận, băng, Pueblo hoặc Rancheria;

Cổ Đông trong một Công Ty Vùng hoặc Làng Người Bản Xứ Alaska

Không

Có

Tên người

Tên bộ lạc

Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận, băng, Pueblo hoặc Rancheria;

Cổ Đông trong một Công Ty Vùng hoặc Làng Người Bản Xứ Alaska

Không

Có

Tên người

Tên bộ lạc

Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận, băng, Pueblo hoặc Rancheria;

Cổ Đông trong một Công Ty Vùng hoặc Làng Người Bản Xứ Alaska

Không

Có

Tình Trạng Cư Trú

Một cư dân Washington là người nào đó hiện cư trú ở Washington, có ý định cư trú ở Washington, kể cả các cá nhân không có một địa chỉ cố định; hoặc người nào đó đã nhập cư vào tiểu bang mà không có một cam kết việc làm hoặc tìm việc.

Mỗi người đang nộp đơn xin hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe có là một cư dân

Tiểu Bang Washington không?

Không

Có

Nếu không, liệt kê bất kỳ người nào không phải là một cư dân:

Sử dụng thuốc lá

Có bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình có tên trong đơn xin này đã thường xuyên sử dụng các sản phẩm thuốc lá trong

6 tháng vừa qua

Không

Có

Nếu có, nhập tên của họ:

(Câu trả lời của quý vị đối với câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng Apple Health của quý vị)

Người lớn khuyết tật phụ thuộc vào người khai thuế

Một người lớn khuyết tật phụ thuộc vào người khai thuế là một cá nhân không có khả năng đi làm do bị khuyết tật và phụ thuộc vào một thành viên trong hộ gia đình để được hỗ trợ.

Quý vị có một trẻ trưởng thành là một người phụ thuộc bị khuyết tật từ 26 tuổi trở lên không? Không Có

Nếu có, nhập tên của họ:

(Câu trả lời của quý vị đối với câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng Apple Health của quý vị)

Thông tin tổng giam và bỏ tù

1. Quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đang nộp đơn xin mà họ bị tổng giam hay bị bỏ tù không? Không Có

Nếu có, nhập tên của họ:

2. Phán quyết các cáo buộc có đang chờ xét xử không? Không Có

3. Ngày phóng thích này có trong vòng 30 ngày không? Không Có

Việc đăng ký cử tri

Nếu quý vị không được đăng ký bỏ phiếu nơi quý vị sống hiện nay, quý vị có muốn nộp đơn xin đăng ký để bỏ phiếu không?

Không Có

Nếu quý vị chọn “Có” thì quý vị sẽ được cung cấp một mẫu đơn đăng ký cử tri.

Nộp đơn xin đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà quý vị sẽ được cung cấp hoặc việc hội đủ điều kiện của quý vị.

Nếu quý vị muốn trợ giúp điền vào mẫu đơn xin đăng ký cử tri, quý vị có thể nhận được dịch vụ trợ giúp trên đường dây nóng đăng ký cử tri miễn phí của Washington, số 1-800-448-4881. 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 xin riêng biệt.

Nếu quý vị cho rằng người nào đó đã can thiệp vào quyền đăng ký bỏ phiếu hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, hay quyền riêng tư của quý vị để quyết định xem có đăng ký hay không, 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.

Chữ ký của những người nộp đơn xin hưởng Chương Trình Sức Khỏe Đủ Điều Kiện

DỪNG LẠI: Quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm miễn phí hoặc chi phí thấp. Nếu quý vị không muốn xem xét thu nhập của mình và muốn đăng ký một Chương Trình Sức Khỏe Đủ Điều Kiện (Qualified Health Plan – QHP), hãy ký tên dưới đây và trình nộp đơn xin của quý vị. Quý vị sẽ chi trả toàn bộ chi phí bảo hiểm y tế của mình và không cần hoàn tất Phần 2 của đơn xin.

Tôi đã đọc hoặc tôi đã được giải thích về Các Quyền và Trách Nhiệm của mình.

Bằng cách ký tên vào đơn xin này, quý vị đồng ý với Washington Healthplanfinder chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan khác của tiểu bang và liên bang.

Chữ ký

Ngày

TIẾP THEO: Để nộp đơn xin hưởng Washington Apple Health (Medicaid) hoặc tín thuế nhằm giảm bớt phí bảo hiểm của quý vị, quý vị phải hoàn tất Phần 2 của đơn xin này.

PHẦN 2

1

Thông tin bảo hiểm y tế

Quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đang nộp xin có bảo hiểm y tế khác ngoài Washington Apple Health (Medicaid hoặc CHIP) không?

(Ví dụ: bao gồm bảo hiểm tư nhân hoặc sở làm, bảo hiểm y tế Cá Nhân, bảo hiểm phúc lợi Có Giới Hạn, Medicare, Cựu Chiến Binh,

Peace Corps, Tri-Care và bảo hiểm khác) Không Có

Nếu có, hãy cung cấp thông tin sở làm trong bảng dưới đây. Nếu từ hai người trở lên có bảo hiểm khác, hãy dùng thêm giấy.

Tên sở làm hoặc công ty bảo hiểm:

Số hợp đồng:

Số nhóm:

Tên người lao động/chủ hợp đồng:

Ngày sinh của chủ hợp đồng:

Liệt kê tất cả thành viên trong hộ gia đình được bao trả theo chương trình này:

Liệt kê tất cả thành viên trong hộ gia đình được bao trả theo chương trình này:

Liệt kê tất cả thành viên trong hộ gia đình được bao trả theo chương trình này:

Liệt kê tất cả thành viên trong hộ gia đình được bao trả theo chương trình này:

Liệt kê tất cả thành viên trong hộ gia đình được bao trả theo chương trình này:

Liệt kê tất cả thành viên trong hộ gia đình được bao trả theo chương trình này:

2

Bảo hiểm y tế trẻ em

Bỏ qua câu hỏi này và đến mục tiếp theo (Thông tin hóa đơn y tế chưa chi trả) nếu quý vị không nộp đơn xin bảo hiểm cho một trẻ.

Bảo hiểm y tế của quý vị có bao trả cho các con quý vị không? Không Có

Nếu có, hãy nhập tên trẻ:

Quý vị đã có ngưng bảo hiểm y tế đối với các con quý vị, dưới 19 tuổi, trong vòng bốn tháng qua không? Không Có

Nếu có, khi nào bảo hiểm đã kết thúc?

Quý vị hoặc người nào đó quý vị đang nộp đơn xin có cần trợ giúp thanh toán các hóa đơn y tế chưa chi trả đối với các dịch vụ đã nhận vào bất kỳ tháng nào trong 3 tháng ngay trước tháng hiện tại không? Không Có

Nếu có, nhập tên cá nhân:

Có bất kỳ thành viên nào hiện 18-25 tuổi đang được chăm sóc nuôi dưỡng khi họ bước qua 18 tuổi không? Không Có

Nếu có, ghi tên cá nhân:

Quý vị hoặc thành viên gia đình có thể hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm khẩn cấp có giới hạn cho dù quý vị không hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm khác bởi vì tình trạng nhập cư của quý vị.

Đánh dấu vào tất cả các ô áp dụng cho bất kỳ người nào không phải là công dân mà quý vị đang nộp đơn xin và nhập tên họ vào ô trống được cho:

Đã được điều trị một tình trạng y tế khẩn cấp vào tháng này hoặc trong ba tháng qua:

Ai: _____

Cần điều trị bằng cách lọc máu hoặc điều trị ung thư: Ai: _____

Cần thuốc chống đào thải do ghép nội tạng: Ai: _____

Cần viện dưỡng lão, trợ sinh hoặc chăm sóc tại nhà: Ai: _____

Quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình quý vị có đang mang thai không? Không Có (Sử dụng dòng thứ hai nếu nhiều hơn một người đang thai hoặc đã kết thúc thai kỳ.) Nếu có,

Nhập tên:

Ngày dự sinh:

Số con mong đợi:

Nhập tên:

Ngày dự sinh:

Số con mong đợi:

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên hộ gia đình nào trong đơn xin này đã có thai trong 12 tháng trước đây không?

Không Có

(Sử dụng dòng thứ hai nếu từ hai người trở lên đã kết thúc thai kỳ.) Nếu có,

Nhập tên:

Ngày kết thúc thai kỳ:

Nhập tên:

Ngày kết thúc thai kỳ:

7

Thông tin tổng thu nhập

Mục này trợ giúp chúng tôi xác định số tiền tổng thu nhập được điều chỉnh và sửa đổi (modified adjusted gross income – MAGI) của hộ gia đình quý vị. Thu nhập MAGI phải được sử dụng để xác định xem quý vị có hội đủ điều kiện hưởng hầu hết các chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hay không. Xin trả lời các câu hỏi sau đây đối với mỗi thành viên trong hộ gia đình mà quý vị đang nộp đơn xin một cách chính xác nhất có thể. Chỉ nhập thông tin về loại thu nhập được liệt kê.

Quý vị sẽ cần nhập thông tin tổng thu nhập (số tiền trước các khoản khấu trừ) hiện tại hàng tháng cho bản thân quý vị, vợ/chồng quý vị và bất kỳ trẻ nhỏ nào hoặc người phụ thuộc vào người khai thuế bất kể tuổi tác, trừ khi trẻ nhỏ hoặc người phụ thuộc vào người khai thuế sẽ không bắt buộc khai thuế. Để biết thêm thông tin về cách thức báo cáo thu nhập, hãy truy cập wahbexchange.org/how-to-report-income

Lưu ý: Người Mỹ Da Đỏ/Bản Xứ Alaska (AI/AN) không phải báo cáo bất kỳ thu nhập nào của AI/AN mà Sở Thuế Vụ loại trừ khỏi tổng thu nhập phải đóng thuế của một AI/AN. Ngoài ra, các AI/AN không phải báo cáo loại thu nhập nào đó cho Washington Apple Health (Medicaid) được nêu rõ trong WAC 182-509-0340.

Thu nhập từ việc làm: Quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình quý vị có được thuê làm không? Không Có

Nếu có, nhập tên của người được thuê làm, tên sở làm, và tổng số tiền hiện tại hàng tháng của người lao động đã nhận từ lương tuần, lương tháng hoặc là thu nhập từ tiền boa. Không nhập thu nhập tự làm chủ trong mục này. Quý vị có thể chọn cung cấp mức bình quân thu nhập của quý vị nếu sự thay đổi trong tương lai được cho biết rõ ràng, ví dụ: nếu quý vị làm công việc theo thời vụ. Ước tính một số tiền hàng tháng bằng cách tính bình quân thu nhập trong một thời hạn điển hình được quy định trong WAC 182-509-0310.

Tên người được thuê làm

Tên sở làm

Địa chỉ sở làm

Thành phố

Tiểu bang

Mã Vùng

\$:

Tổng (trước khi trừ thuế) thu nhập (lương tuần, lương tháng, tiền boa, công ty, công ty cổ phần nhỏ) hàng tháng

Người này có được sở làm của mình cung cấp bảo hiểm y tế không?

Không

Có

Nếu có, hãy liệt kê tất cả thành viên trong hộ gia đình được cung cấp bảo hiểm

\$:

Sở làm này đã cung cấp phí bảo hiểm hàng tháng thấp nhất là bao nhiêu chỉ để bao trả cho người lao động?

\$:

Sở làm này đã cung cấp phí bảo hiểm hàng tháng thấp nhất là bao nhiêu để bao trả cho hộ gia đình quý vị?*

Tên người được thuê làm

Tên sở làm

Địa chỉ sở làm

Thành phố

Tiểu bang

Mã Vùng

\$:

Tổng (trước khi trừ thuế) thu nhập (lương tuần, lương tháng, tiền boa, công ty, công ty cổ phần nhỏ) hàng tháng

Người này có được sở làm của mình cung cấp bảo hiểm y tế không? Không Có

Nếu có, hãy liệt kê tất cả thành viên trong hộ gia đình được cung cấp bảo hiểm

\$: _____

Sở làm này đã cung cấp phí bảo hiểm hàng tháng thấp nhất là bao nhiêu chỉ để bao trả cho người lao động?

\$: _____

Sở làm này đã cung cấp phí bảo hiểm hàng tháng thấp nhất là bao nhiêu để bao trả cho hộ gia đình quý vị?*

Tên người được thuê làm

Tên sở làm

Địa chỉ sở làm

Thành phố

Tiểu bang

Mã Vùng

\$: _____

Tổng (trước khi trừ thuế) thu nhập (lương tuần, lương tháng, tiền boa, công ty, công ty cổ phần nhỏ) hàng tháng

Người này có được sở làm của mình cung cấp bảo hiểm y tế không? Không Có

Nếu có, hãy liệt kê tất cả thành viên trong hộ gia đình được cung cấp bảo hiểm

\$: _____

Sở làm này đã cung cấp phí bảo hiểm hàng tháng thấp nhất là bao nhiêu chỉ để bao trả cho người lao động?

\$: _____

Sở làm này đã cung cấp phí bảo hiểm hàng tháng thấp nhất là bao nhiêu để bao trả cho hộ gia đình quý vị?*

***Cung cấp phí bảo hiểm này cho dù quý vị không dự định chấp nhận bảo hiểm của sở làm cho những người khác trong hộ gia đình quý vị. Câu trả lời của quý vị đối với các câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng Apple Health của quý vị.**

Thu nhập tự làm chủ: Quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình quý vị có tự làm chủ không? Không Có

Nếu có, hãy nhập thu nhập thực hiện tại hàng tháng được ước tính (lãi khi mà chi phí doanh nghiệp được chi trả) từ việc tự làm chủ. Xin xem trang ii để biết các chi phí doanh nghiệp được phép. Quý vị có thể chọn cung cấp mức bình quân thu nhập của quý vị nếu sự thay đổi trong tương lai được cho biết rõ ràng. Ước tính một số tiền hàng tháng bằng cách tính bình quân thu nhập trong một thời hạn điển hình được quy định trong WAC 182-509-0370.

Tên người tự làm chủ

Tên công ty (nếu có một)

Thu nhập thực hàng tháng (không nhập thu nhập công ty hoặc công ty cổ phần nhỏ ở đây)

Tên người tự làm chủ

Tên công ty (nếu có một)

Thu nhập thực hàng tháng (không nhập thu nhập công ty hoặc công ty cổ phần nhỏ ở đây)

Tên người tự làm chủ

Tên công ty (nếu có một)

Thu nhập thực hàng tháng (không nhập thu nhập công ty hoặc công ty cổ phần nhỏ ở đây)

Thu nhập An Sinh Xã Hội: Quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình quý vị có nhận được thu nhập an sinh xã hội không?

Không Có

Nếu có, hãy nhập thu nhập nhận được từ Sở An Sinh Xã Hội về các phúc lợi hồi hưu, khuyết tật hoặc người sống còn lại. Không báo cáo thu nhập phụ cấp an sinh (supplemental social security – SSI).

_____	_____
Tên người đang nhận an sinh xã hội (không phải SSI)	Tổng thu nhập hàng tháng
_____	_____
Tên người đang nhận an sinh xã hội (không phải SSI)	Tổng thu nhập hàng tháng
_____	_____
Tên người đang nhận an sinh xã hội (không phải SSI)	Tổng thu nhập hàng tháng

Thu nhập cho thuê: Quý vị hoặc bất kỳ người nào đó trong hộ gia đình quý vị có nhận được thu nhập cho thuê không?

Không Có

Nếu có, hãy nhập thu nhập hàng tháng nhận được từ việc cho thuê bất động sản hoặc tài sản cá nhân. Nhập thu nhập thực, sau chi phí doanh nghiệp được cho phép.

_____	_____	_____
Tên người đang nhận thu nhập cho thuê	Tên tài sản (nếu có một)	Thu nhập thực hàng tháng
_____	_____	_____
Tên người đang nhận thu nhập cho thuê	Tên tài sản (nếu có một)	Thu nhập thực hàng tháng
_____	_____	_____
Tên người đang nhận thu nhập cho thuê	Tên tài sản (nếu có một)	Thu nhập thực hàng tháng

Thu nhập tự làm chủ: Quý vị hoặc người nào đó quý vị đang nộp đơn xin hiện có tự làm chủ không? Không Có

Nếu có, hãy nhập thu nhập thực hiện tại hàng tháng được ước tính (lãi khi mà chi phí doanh nghiệp được chi trả) từ việc tự làm chủ. Xin xem trang ii để biết các chi phí doanh nghiệp được phép. Quý vị có thể chọn cung cấp mức bình quân thu nhập của quý vị nếu sự thay đổi trong tương lai được cho biết rõ ràng. Ước tính một số tiền hàng tháng bằng cách tính bình quân thu nhập trong một thời hạn điển hình được quy định trong WAC 182-509-0370.

_____	_____	_____
Tên người tự làm chủ	Tên công ty (nếu có một)	Thu nhập thực hàng tháng (không nhập thu nhập công ty hoặc công ty cổ phần nhỏ ở đây)
_____	_____	_____
Tên người tự làm chủ	Tên công ty (nếu có một)	Thu nhập thực hàng tháng (không nhập thu nhập công ty hoặc công ty cổ phần nhỏ ở đây)
_____	_____	_____
Tên người tự làm chủ	Tên công ty (nếu có một)	Thu nhập thực hàng tháng (không nhập thu nhập công ty hoặc công ty cổ phần nhỏ ở đây)

Thu nhập An Sinh Xã Hội: Quý vị hoặc người nào đó quý vị đang nộp đơn xin có nhận được thu nhập an sinh xã hội không?

Không Có

Nếu có, hãy nhập thu nhập nhận được từ Sở An Sinh Xã Hội về các phúc lợi hưu, khuyết tật hoặc người sống còn lại. Không báo cáo thu nhập phụ cấp an sinh (supplemental social security – SSI).

_____	_____
Tên người đang nhận an sinh xã hội (không phải SSI)	Tổng thu nhập hàng tháng
_____	_____
Tên người đang nhận an sinh xã hội (không phải SSI)	Tổng thu nhập hàng tháng
_____	_____
Tên người đang nhận an sinh xã hội (không phải SSI)	Tổng thu nhập hàng tháng

8	Thu nhập khác
----------	----------------------

Không bao gồm cấp dưỡng con, các khoản chi trả của cựu chiến binh không phải lương hưu. Đánh dấu tất cả mục áp dụng và nói cho chúng tôi biết ai nhận được, họ nhận được bao nhiêu và bao lâu một lần.

Cấp dưỡng cho vợ sau khi ly hôn hoặc vợ/chồng	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Lãi niên kim hoặc lương hưu	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Lãi vốn	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Cổ tức, cổ phần hoặc cổ phiếu	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Thu nhập trang trại	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Thu nhập từ nước ngoài	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Thu nhập từ quỹ tín thác	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Thu nhập từ lãi	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Thu nhập IRA	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____

Thu nhập khác phải đóng thuế	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Phúc lợi hồi hưu của ngành đường sắt	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Thu nhập tác quyền	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Thu nhập bộ lạc phải đóng thuế	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Trợ cấp thất nghiệp	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____

Các thành viên dưới 19 tuổi hoặc những người phụ thuộc của người khai thuế trong đơn xin này sẽ đáp ứng ngưỡng yêu cầu để nộp tờ khai thuế liên bang vào năm nay không?

_____	Không	Có
Tên		
_____	Không	Có
Tên		
_____	Không	Có
Tên		

9

Các khoản khấu trừ

Các chi phí này có thể giảm bớt số tiền thu nhập mà chúng tôi tính đối với một số loại bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, cũng như IRS sử dụng chúng để giảm bớt số tiền thuế quý vị còn nợ. Nếu quý vị chọn không trả lời, quý vị có thể vẫn còn hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe miễn phí hoặc chi phí thấp.

Cấp dưỡng cho vợ sau khi ly hôn hoặc vợ/chồng đã được chi trả	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Chi phí nhất định có thể kê khai của doanh nghiệp	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Chi phí giáo viên	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
Khoản đóng góp vào tài khoản tiết kiệm y tế	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____
	Ai: _____	\$: _____	Tần suất: _____

Các chi phí vận chuyển đổi
với việc chuyển quân chính thức

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Khoản phạt do rút tiền tiết
kiệm trước thời hạn

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Khoản đóng góp vào tài
khoản hồi hưu trước thuế

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Bảo hiểm y tế cho người
tự làm chủ

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Chương trình hồi hưu cho
người tự làm chủ

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Thuế tự làm chủ

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Lãi từ khoản tiền
cho sinh viên vay

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

Ai: _____

\$: _____

Tần suất: _____

10

Thông tin bổ sung

Bất kỳ thành viên nào đang nộp đơn xin bảo hiểm có cần bất kỳ dịch vụ nào trong số này không?

a. Các dịch vụ chăm sóc dài hạn bởi vì quý vị hiện đang sống hoặc mong đợi chuyển đến một cơ sở y tế, giống như viện dưỡng lão. Không Có

Nếu có, nhập tên người này: _____

Loại Cơ Sở: _____

b. Một nhân viên chăm sóc tại nhà? Không Có Nếu có, nhập tên người này: _____

c. Các dịch vụ chăm sóc Trợ Sinh? Không Có Nếu có, nhập tên người này: _____

d. Các dịch vụ thông qua Nha Trợ Giúp Người Tàn Tật? Không Có

Nếu có, nhập tên người này: _____

e. Chăm sóc cuối đời? Không Có Nếu có, nhập tên người này: _____

f. Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe bởi vì họ không thể đi làm do tình trạng sức khỏe hoặc khuyết tật? Không Có

Nếu có, nhập tên (những) người này: _____

Quý vị sẽ được yêu cầu hoàn tất mẫu đơn HCA 18-005 (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) nếu bất kỳ mục nào sau đây áp dụng:

- Quý vị từ 65 tuổi trở lên hoặc vào Medicare.
- Quý vị đã trả lời có cho bất kỳ câu hỏi a-f trên đây.
- Quý vị đang nộp đơn xin hưởng chương trình cần thiết về mặt y tế (medically needy – MN) hoặc dành cho Người Lao Động bị Khuyết Tật (Apple Health for Workers with Disabilities – HWD).

11

Đọc kỹ trước khi ký

Việc tiết lộ thông tin cho các cơ quan khác của tiểu bang và liên bang:

Tôi cho phép Washington Healthplanfinder xác minh bằng điện tử thông tin bản khai thuế của tôi trong suốt quy trình gia hạn hàng năm cho đến 5 năm. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi việc đồng ý của tôi vào bất kỳ lúc nào. Bằng cách đánh dấu vào ô này, tôi cho phép các tín thuế được áp dụng vào việc gia hạn hàng năm của tôi mà tôi không thực hiện thêm hành động nào.

Không Có

Tôi đã đọc hoặc tôi đã được giải thích về các quyền và trách nhiệm của tôi và đã nhận một bản sao *Các Quyền và Trách Nhiệm Của Thân Chủ*.

12

Cam kết và ký tên

Để nộp đơn xin hưởng bảo hiểm Washington Apple Health (Medicaid) miễn phí hoặc chi phí thấp hay tín thuế nhằm giảm bớt phí bảo hiểm của quý vị, chữ ký của quý vị cần phải có dưới đây.

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

Ngày