

Đơn xin Bảo Hiểm Sức Khỏe

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT



Dùng đơn này để xin chương trình bảo hiểm nào quý vị có thể được

- Những loại Bảo hiểm sức khỏe gia phải chăng cung cấp bảo hiểm để giúp quý vị có sức khỏe tốt
 - Tín dụng thuế có thể giúp trả tiền cho tiền bảo hiểm của quý vị
 - Bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc giá rẻ của Medicaid hoặc của Louisiana Children's Insurance Program (LaCHIP)
- Quý vị có thể được cấp bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc với giá rẻ cho dù thu nhập của quý vị có thể lên đến \$94,000 (áp dụng cho gia đình có 4 người).**



Những ai có thể dùng đơn này?

- Dùng đơn này để xin bảo hiểm cho bất cứ ai trong gia đình quý vị.
- Đăng ký cho quý vị và con trẻ ngay khi quý vị hoặc con trẻ đã có bảo hiểm sức khỏe. Quý vị có thể được bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc giá thấp.
- Những gia đình có người di dân cũng có thể đăng ký. Quý vị cũng có thể đăng ký cho con trẻ cho dù quý vị không được chấp thuận. Việc đăng ký sẽ không làm không gây cản trở đến việc di trú hoặc việc trở thành người di trú hợp pháp hoặc công dân Hoa Kỳ.



Đăng ký trên mạng nhanh hơn

Đăng ký trên mạng nhanh hơn tại www.medicaid.la.gov.



Những mục gì quý vị cần đăng ký

- Số Anh Sinh Xã Hội (hoặc số hồ sơ cho bất kỳ giấy tờ cư trú hợp pháp cho những người cần bảo hiểm)
- Thông tin về cơ sở làm việc và thu nhập của tất cả những người có làm việc trong gia đình (ví dụ: cuì check, W-2, hoặc giấy thuế)
- Số hợp đồng của bảo hiểm sức khỏe hiện nay
- Thông tin về bảo hiểm sức khỏe có từ việc làm của gia đình quý vị



Tại sao chúng tôi hỏi về những thông tin này?

Chúng tôi cần biết về thu nhập và những thông tin khác để cho quý vị biết loại bảo hiểm nào quý vị có thể được cấp và nếu quý vị được trợ giúp trả tiền cho bảo hiểm đó. **Chúng tôi sẽ tất cả những thông tin quý vị cung cấp một cách bí mật và an toàn theo nhu cầu của luật pháp.**



Những việc kế tiếp?

Gửi đơn đã hoàn tất có chữ ký, ngày tháng tới địa chỉ liệt kê trong trang 12. **Nếu quý vị chưa có những thông tin chúng tôi cần biết, vẫn ký và gửi đơn.** Chúng tôi sẽ liên lạc từ 1-2 tuần. Quý vị sẽ nhận được hướng dẫn để làm những gì kế tiếp. Nếu quý vị không nghe gì từ chúng tôi, thì truy cập mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Việc điền đơn không có nghĩa là quý vị phải mua bảo hiểm.



Nếu cần lấy đơn này

- Lên mạng:** www.medicaid.la.gov
- Gọi điện thoại:** Gọi chúng tôi tại **1-888-342-6207**.
- Gặp nhân viên:** Lên mạng hoặc gọi số **1-888-342-6207** để tìm văn phòng gần nơi quý vị sinh sống.
- ¿Necesita traductor de español? Llame al **1-888-342-6207**.
- Quý vị có cần thông dịch viên người Việt không? Nếu cần xin gọi số **1-888-342-6207**.



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

TRANG NÀY ĐƯỢC
CHỦ Ý ĐỂ TRỐNG.

BƯỚC 1 Cho biết về bản thân quý vị

(Chúng tôi cần một người lớn trong gia đình để tiện cho việc liên lạc về đơn này.)

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố			
2. Địa chỉ nhà (Để trống nếu không có)			3. Số căn hộ hoặc bộ số
4. Thành phố	5. Tiểu bang	6. ZIP	7. Quận
8. Địa chỉ gửi thư (Nếu khác với địa chỉ thường trú)			9. Số căn hộ hoặc bộ số
10. Thành phố	11. Tiểu bang	12. ZIP	13. Quận
14. Số điện thoại () -		15. Số điện thoại khác () -	
16. Quý vị có muốn nhận thông tin về đơn xin này qua email hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Địa chỉ E-mail: _____			
17. Quý vị nói hoặc viết bằng ngôn ngữ nào (Nếu không bằng tiếng Anh)?			

BƯỚC 2 Cho chúng tôi biết về gia đình quý vị

Những ai quý vị nên liệt kê trong đơn này?

Cho chúng tôi biết về tất cả những người trong gia đình đang chung sống với quý vị. Nếu quý vị khai thuế thì chúng tôi cần biết về tất cả những người quý vị liệt kê trên giấy thuế (Quý vị không cần phải khai thuế để có bảo hiểm).

CHO BIẾT những thông tin sau đây:

- Quý vị
- Người phổ ngẫu
- Con trẻ dưới 21 tuổi đang sống chung
- Vợ/chồng chưa cưới mà cần bảo hiểm
- Những người mà quý vị khai trên giấy thuế cho dù họ không sống chung
- Những người dưới 21 tuổi mà quý vị chăm sóc, nuôi dưỡng và đang sống chung

Quý vị KHÔNG CẦN KHAI những thông tin sau đây:

- Vợ/chồng chưa cưới mà không cần bảo hiểm
- Con trẻ của vợ/chồng chưa cưới
- Cha mẹ sống chung nhưng khai thuế riêng (Nếu quý vị đã trên 21 tuổi)
- Những người họ hàng mà khai thuế riêng

Việc trợ giúp cho quý vị hoặc những loại bảo hiểm nào quý vị có thể được tùy thuộc vào số người trong gia đình và thu nhập của họ. Những thông tin này giúp chúng tôi tìm những loại bảo hiểm tốt nhất mà quý vị có thể có được.

Hoàn tất bước số 2 cho mọi người sống chung với quý vị. Bắt đầu với từ quý vị, và tới những người lớn và tới con trẻ. Nếu quý vị có trên 4 người trong gia đình, quý vị cần copy thêm trang giấy và kèm trong đơn. Quý vị không cần cho biết về tình trạng di trú hoặc Social Security Number (SSN) của những thành viên trong gia đình mà không cần bảo hiểm. Chúng tôi giữ kín những thông tin quý vị cung cấp theo luật pháp. Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng những thông tin cá nhân cá nhân của quý vị để xem quý vị có thể được nhận bảo hiểm nào.



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 1 (Bắt đầu từ quý vị)

Hoàn thành bước 2 cho quý vị, người phổ ngẫu/bạn, và con trẻ sống chung với quý vị hoặc những người mà quý vị khai thuế chung. Xem trang 1 để biết chi tiết về việc những thông tin cần khai báo. Nếu quý vị không khai thuế, nên nhớ vẫn liệt kê những thành viên sống chung trong gia đình.

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố _____

2. Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm) _____

3. Giới tính Nam Nữ

4. Số An Sinh Xã Hội (SSN) _____ - _____ - _____

Chúng tôi cần biết nếu quý vị có bảo hiểm và số SSN. Chúng tôi chỉ sử dụng Số An Sinh Xã Hội để kiểm tra thu nhập và các thông tin khác từ các cơ quan chính phủ khác, các tổ chức tài chính, và các nguồn khác để xem ai đủ điều kiện để được giúp đỡ với chi phí bảo hiểm y tế. Cung cấp Số An Sinh Xã Hội của bạn có thể hữu ích ngay cả khi bạn không muốn bảo hiểm y tế, và có thể tăng tốc độ xét duyệt đơn. Nếu ai muốn đăng ký SSN, hãy gọi số **1-800-772-1213** hoặc lên mạng www.socialsecurity.gov. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-325-0778**.

5. **Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì áp dụng cho quý vị.)**

Mễ Mỹ gốc Mễ Chicano/a Puerto Rico Cuba Dân tộc khác _____

6. **Dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì áp dụng cho quý vị.)**

Da trắng Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska Phi Viet nam Guam hoặc Đảo Camoro
 Da đen hoặc Châu Phi Ấn Độ Nhật Á Châu Samo
 Trung Quốc Hàn Quốc Bản xứ Hawaii Đảo Thái Bình Dương
 Dân tộc khác _____

7. **Quý vị có dự định khai thuế liên bang NĂM TỚI không?**

(Quý vị vẫn có thể xin bảo hiểm sức khỏe cho dù không khai thuế liên bang.)

CÓ. Nếu có, trả lời câu a-c. **KHÔNG.** Nếu không, trả lời câu c.

a. Người phổ ngẫu của quý vị sẽ khai thuế chung hay không? Có Không

Nếu có, cho biết tên người phổ ngẫu: _____

b. Quý vị sẽ khai người ăn theo trên thuế không? Có Không

Nếu có, cho biết tên những người ăn theo: _____

c. Quý vị có là người ăn theo trên giấy thuế của người khác không? Có Không

Nếu có, cho biết tên người đó: _____

Quý vị có liên hệ với người đó như thế nào? _____

8. Quý vị có thai không? Có Không **Nếu có thai,** quý vị sắp sinh bao nhiêu bé? _____

9. **Quý vị có muốn bảo hiểm sức khỏe không?**

(Ngay cả quý vị đã có bảo hiểm rồi, chúng tôi có thể có những loại bảo hiểm tốt hơn hoặc rẻ hơn.)

CÓ. Nếu có, vui lòng trả lời tất cả câu hỏi dưới đây. **KHÔNG.** Nếu không, trả lời những câu hỏi về thu nhập ở trang 3.

10. Quý vị có bệnh tật thể xác, tâm thần, hoặc tâm lý mà gây trở ngại cho quý vị trong những sinh hoạt (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, vv.)? Có Không **Nếu có,** quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

11. Quý vị có sống trong nhà dưỡng bệnh hoặc viện dưỡng lão không? Có Không **Nếu có,** quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

12. Quý vị có cần trợ giúp về những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua? Có Không

13. Quý vị có sống chung với ít nhất một người con dưới 19 tuổi và quý vị phải chi trả cho việc chăm sóc người con này không? Có Không

14. Quý vị đã từng ở trong trại mồ côi vào tuổi 18 hoặc lớn hơn bao giờ chưa? Có Không

a. **Nếu có,** cho biết tiểu bang? _____ b. Quý vị đã nhận Medicaid không? Có Không c. Quý vị rời trại mồ côi ở độ tuổi nào? _____

15. Quý vị đã có bảo hiểm sức khỏe qua sở làm việc và hết hạn trong 6 tháng vừa qua không? Có Không

a. **Nếu có,** ngày hết hạn: _____

b. Lý do bảo hiểm hết hạn: _____

16. Quý vị có là học sinh toàn thời gian không? Có Không

17. Quý vị có là một công dân Mỹ hoặc mang quốc tịch Mỹ không? Có Không

Nếu có, Quý vị đã sinh tại Mỹ hoặc một thuộc địa của Mỹ không? Có Không **Nếu không,** cho biết thông tin dưới đây (Nếu đúng cho quý vị).

a. Số Alien _____ b. Loại giấy chứng nhận _____ c. Số giấy chứng nhận _____

Nếu không, Quý vị có giấy tờ di dân hợp lệ không? Có Không **Nếu có,** cho biết những thông tin dưới đây (Nếu đúng cho quý vị).

a. Loại chứng từ _____ b. Ngày hết hạn của chứng từ (tháng/ngày/năm) _____

c. Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS _____ d. Số thẻ hoặc số hộ chiếu _____

e. Quý vị đã sống tại Mỹ từ năm 1996 không? Có Không f. Quý vị hoặc người phối ngẫu có là cha mẹ của cựu quân nhân hoặc một người lính Mỹ không? Có Không



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 1 (Bản thân quý vị phần tiếp theo)

Công Việc Hiện Tại & Thu Nhập

Có việc làm

Nếu quý vị có làm việc, thí cho biết về thu nhập. Bắt đầu từ câu 18.

Không làm việc

Trả lời câu 28.

Làm chủ

Trả lời câu 27.

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 1:

18. Tên và địa chỉ sở làm _____ 19. Số điện thoại của chủ nhân
(_____) _____ - _____

20. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) Giờ Tuần 2 tuần Hai lần trong một tháng Tháng Năm

\$ _____

21. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 2: (Nếu có nhiều việc làm hơn nữa và cần thêm khoảng trống thì kèm thêm một trang giấy.)

22. Tên và địa chỉ sở làm _____ 23. Số điện thoại của chủ nhân
(_____) _____ - _____

24. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) Giờ Tuần 2 tuần Hai lần trong một tháng Tháng Năm

\$ _____

25. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

26. Trong năm vừa qua, quý vị đã: Thay đổi việc Ngừng làm việc Bắt đầu làm việc ít giờ Những câu trên không áp dụng

27. Nếu làm chủ thì trả lời những câu hỏi dưới đây:

a. Loại việc làm _____

b. Tiền thu nhập của quý vị trong tháng này (tiền lời hoặc lỗ vốn sau khi chi trả mọi thứ) kiếm được từ việc mình làm chủ?

\$ _____

28. TIỀN THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY: Đánh dấu những mục áp dụng cho quý vị.

- | | | | | | |
|---|----------|---------------|---|----------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Không có | | | <input type="checkbox"/> Tiền hỗ trợ cho trẻ | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền thất nghiệp | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Lương cựu chiến binh | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Lương hưu trí | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền học bổng/thưởng | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền Anh Sinh Xã Hội | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền tăng vốn | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Trương mục tiền hưu | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền từ nông trại | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Đầu tư | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền cho thuê nhà | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng cho trẻ | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền thu nhập khác | Loại thu nhập: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | \$ _____ | Mức độ? _____ | | \$ _____ | Mức độ? _____ |

29. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu những mục áp dụng và cho biết số tiền và mức biết mức độ. Nếu quý vị chi phí cho một số vật mà có thể khấu trừ trên thuế liên bang, việc thông báo những tiền khấu trừ này có thể làm giảm tiền bảo hiểm hàng tháng.

LƯU Ý: Quý vị không nên liệt kê những phí tổn mà quý vị đã liệt kê trong phần trả lời cho phần liên quan đến việc mà quý vị làm chủ. (Câu hỏi 27b).

- | | | | | | |
|--|----------|---------------|---|-----------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng cho con trẻ | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Những món khác | Loại nào: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tiền lời của của tiền vay của sinh viên | \$ _____ | Mức độ? _____ | | \$ _____ | Mức độ? _____ |

30. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ hoàn tất phần này khi thu nhập thay đổi mỗi tháng. Nếu thu nhập không thay đổi mỗi tháng thì đi sang câu hỏi của người kế tiếp.

Tổng thu nhập cho năm này \$ _____ Tổng thu nhập cho năm tới (nếu quý vị cho rằng sẽ có những thay đổi) \$ _____

CẢM ƠN! Đây là tất cả những điều chúng tôi cần biết về quý vị.



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 2

Hoàn thành bước 2 cho quý vị, người phổ thông/bạn, và con trẻ sống chung với quý vị hoặc những người mà quý vị khai thuế chung. Xem trang 1 để biết chi tiết về việc những thông tin cần khai báo. Nếu quý vị không khai thuế, nên nhớ vẫn liệt kê những thành viên sống chung trong gia đình.

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố		5. Liên hệ (ví dụ: mẹ, cha, con gái, con trai, vv.) Liên hệ của người này đối với: NGƯỜI SỐ 1: _____
2. Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm)	3. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
4. Số Anh Sinh Xã Hội (SSN) _____ - _____ - _____		

Chúng tôi cần biết xem NGƯỜI SỐ 2 có muốn bảo hiểm và có số SSN không.

6. NGƯỜI SỐ 2 có sống chung địa chỉ với quý vị không? Có Không

Nếu không, cho biết địa chỉ: _____

7. **Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

Mễ Mỹ gốc Mễ Chicano/a Puerto Rico Cuba Dân tộc khác _____

8. **Dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

Da trắng Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska Phi Viet nam Guam hoặc Đảo Camoro
 Da đen hoặc Châu Phi Ấn Độ Nhật Á Châu Samo
 Trung Quốc Hàn Quốc Bản xứ Hawaii Đảo Thái Bình Dương
 Dân tộc khác _____

9. **NGƯỜI SỐ 2 có dự định khai thuế liên bang NĂM TỚI không?**

(Quý vị vẫn có thể xin bảo hiểm sức khỏe cho dù không khai thuế liên bang.)

CÓ. Nếu có, trả lời câu a-c. **KHÔNG. Nếu không**, trả lời câu c.

a. NGƯỜI SỐ 2 có dự định khai thuế chung với người phối ngẫu không? Có Không

Nếu có, cho biết tên người phổ thông: _____

b. NGƯỜI SỐ 2 có dự định khai người ăn theo trên thuế không? Có Không

Nếu có, cho biết tên những người ăn theo: _____

c. NGƯỜI SỐ 2 có là người ăn theo trên giấy thuế của người khác không? Có Không

Nếu có, cho biết tên người đó: _____

NGƯỜI SỐ 2 này có liên hệ như thế nào với người đứng khai thuế? _____

10. NGƯỜI SỐ 2 có thai không? Có Không **Nếu có thai**, quý vị sắp sanh bao nhiêu em bé? _____

11. **NGƯỜI SỐ 2 có muốn bảo hiểm sức khỏe không?**

(Ngay cả quý vị đã có bảo hiểm rồi, chúng tôi có thể có những loại bảo hiểm tốt hơn hoặc rẻ hơn.)

CÓ. Nếu có, vui lòng trả lời tất cả câu hỏi dưới đây. **KHÔNG. Nếu không**, trả lời những câu hỏi về thu nhập ở trang 5.

12. NGƯỜI SỐ 2 có bệnh tật thể xác, tâm thần, hoặc tâm lý mà gây trở ngại cho quý vị trong những sinh hoạt (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, vv.)? Có Không **Nếu có**, quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

13. NGƯỜI SỐ 2 có sống trong nhà dưỡng bệnh hoặc viện dưỡng lão không? Có Không **Nếu có**, quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

14. NGƯỜI SỐ 2 có cần trợ giúp về những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua? Có Không

15. NGƯỜI SỐ 2 có sống chung với ít nhất một người con dưới 19 tuổi và quý vị phải chi trả cho việc chăm sóc người con này không? Có Không

16. NGƯỜI SỐ 2 đã từng ở trong trại mồ côi vào tuổi 18 hoặc lớn hơn bao giờ chưa? Có Không

a. **Nếu có**, cho biết tiểu bang? _____ b. Người này đã nhận Medicaid không? Có Không c. NGƯỜI SỐ 2 rời trại mồ côi ở độ tuổi nào? _____

17. NGƯỜI SỐ 2 đã có bảo hiểm sức khỏe qua sở làm việc và hết hạn trong 6 tháng vừa qua không? Có Không

a. **Nếu có**, ngày hết hạn: _____ b. Lý do bảo hiểm hết hạn: _____

18. NGƯỜI SỐ 2 có là học sinh toàn thời gian không? Có Không

19. NGƯỜI SỐ 2 có là một công dân Mỹ hoặc mang quốc tịch Mỹ không? Có Không

Nếu có, NGƯỜI SỐ 2 đã sanh tại Mỹ hoặc một thuộc địa của Mỹ không? Có Không **Nếu không**, điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).

a. Số Alien _____ b. Loại giấy chứng nhận _____ c. Số giấy chứng nhận _____

Nếu không, NGƯỜI SỐ 2 có là người di dân hợp pháp không? Có Không **Nếu có**, điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).

a. Loại chứng từ _____ b. Ngày hết hạn của chứng từ (tháng/ngày/năm) _____

c. Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS _____ d. Số thẻ hoặc số hộ chiếu _____

e. NGƯỜI SỐ 2 đã sống tại Mỹ từ năm 1996 không? Có Không f. NGƯỜI SỐ 2 hoặc người phối ngẫu có là cha mẹ của cựu quân nhân hoặc một người lính Mỹ không? Có Không



NEU CAN GIUP DO DIEN DON? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dùng ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 2 (Tiếp theo của NGƯỜI SỐ 2)

Công Việc Hiện Tại & Thu Nhập

Có việc làm

Nếu NGƯỜI SỐ 2 có làm việc, thí cho biết về thu nhập. Bắt đầu từ câu 20.

Không làm việc

Trả lời câu 30.

Làm chủ

Trả lời câu 29.

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 1:

20. Tên và địa chỉ sở làm	21. Số điện thoại của chủ nhân (_____) _____ - _____
22. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần <input type="checkbox"/> Hai lần trong một tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm \$ _____	
23. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN	

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 2: (Nếu NGƯỜI SỐ 2 có nhiều việc làm hơn nữa và cần thêm khoảng trống thì kèm thêm một trang giấy.)

24. Tên và địa chỉ sở làm	25. Số điện thoại của chủ nhân (_____) _____ - _____
26. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần <input type="checkbox"/> Hai lần trong một tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm \$ _____	
27. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN	

28. **Năm vừa qua, NGƯỜI SỐ 2 đã:** Thay đổi việc Ngừng làm việc Bắt đầu làm việc ít giờ Những câu trên không áp dụng

29. **Nếu làm chủ thì trả lời những câu hỏi dưới đây:**

a. Loại việc làm

b. Tiền thu nhập của NGƯỜI SỐ 2 trong tháng này (tiền lời hoặc lỗ vốn sau khi chi trả mọi thứ) kiếm được từ việc mình làm chủ?

\$ _____

30. **TIỀN THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu những mục áp dụng cho NGƯỜI SỐ 2 và cho biết mức độ thường xuyên.

<input type="checkbox"/> Không có						
<input type="checkbox"/> Tiền thất nghiệp	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền hỗ trợ cho trẻ	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Lương hưu trí	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Lương cựu chiến binh	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Tiền Anh Sinh Xã Hội	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền học bổng/thưởng	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Trương mục tiền hưu	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền tăng vốn	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Đầu tư	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền từ nông trại	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng cho trẻ	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền cho thuê nhà	\$ _____	Mức độ? _____	
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Tiền thu nhập khác	Loại thu nhập: _____	\$ _____	Mức độ? _____

31. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu những mục áp dụng và cho biết số tiền và mức biết mức độ. Nếu NGƯỜI SỐ 2 chi phí cho một số vật mà có thể khấu trừ trên thuế liên bang, việc thông báo những tiền khấu trừ này có thể làm giảm tiền bảo hiểm hàng tháng.

LƯU Ý: Quý vị không nên liệt kê những phí tổn mà NGƯỜI SỐ 2 đã liệt kê trong phần trả lời cho phần liên quan đến việc mà quý vị làm chủ. (Câu hỏi 27b).

<input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng cho con trẻ	\$ _____	Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Những món khác	Loại nào: _____	\$ _____	Mức độ? _____
<input type="checkbox"/> Tiền lời của của tiền vay của sinh viên	\$ _____	Mức độ? _____				

32. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ hoàn tất phần này khi thu nhập thay đổi mỗi tháng. Nếu thu nhập của NGƯỜI SỐ 2 không thay đổi mỗi tháng thì đi sang câu hỏi của người kế tiếp.

Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ 2 cho năm này \$ _____	Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ 2 cho năm tới (nếu quý vị cho rằng sẽ có những thay đổi) \$ _____
---	--

CẢM ƠN! Đây là tất cả những điều chúng tôi cần biết về NGƯỜI SỐ 2.

Nếu quý vị có hơn 4 người để liệt kê, lên mạng www.medicaid.la.gov để in thêm trang giấy hoặc copy trang 8 và 9 để hoàn tất.



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 3

Hoàn thành bước 2 cho quý vị, người phổ thông/bạn, và con trẻ sống chung với quý vị hoặc những người mà quý vị khai thuế chung. Xem trang 1 để biết chi tiết về việc những thông tin cần khai báo. Nếu quý vị không khai thuế, nên nhớ vẫn liệt kê những thành viên sống chung trong gia đình.

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố		5. Liên hệ (ví dụ: mẹ, cha, con gái, con trai, vv.) Liên hệ của người này đối với: NGƯỜI SỐ 1: _____ NGƯỜI SỐ 2: _____
2. Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm)	3. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
4. Số Anh Sinh Xã Hội (SSN) _____ - _____ - _____ Chúng tôi cần biết xem NGƯỜI SỐ 3 có muốn bảo hiểm và có số SSN không.		

6. NGƯỜI SỐ 3 có sống chung địa chỉ với quý vị không? Có Không

Nếu không, cho biết địa chỉ: _____

7. **Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

Mẽ Mỹ gốc Mẽ Chicano/a Puerto Rico Cuba Dân tộc khác _____

8. **Dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

Da trắng Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska Phi Viet nam Guam hoặc Đảo Camoro
 Da đen hoặc Châu Phi Ấn Độ Nhật Á Châu Samo
 Trung Quốc Hàn Quốc Bản xứ Hawaii Đảo Thái Bình Dương
 Dân tộc khác _____

9. **NGƯỜI SỐ 3 có dự định khai thuế liên bang NĂM TỚI không?**

(Quý vị vẫn có thể xin bảo hiểm sức khỏe cho dù không khai thuế liên bang.)

CÓ. Nếu có, trả lời câu a-c. **KHÔNG. Nếu không**, trả lời câu c.

a. NGƯỜI SỐ 3 có dự định khai thuế chung với người phối ngẫu không? Có Không

Nếu có, cho biết tên người phổ thông: _____

b. NGƯỜI SỐ 3 có dự định khai người ăn theo trên thuế không? Có Không

Nếu có, cho biết tên những người ăn theo: _____

c. NGƯỜI SỐ 3 có là người ăn theo trên giấy thuế của người khác không? Có Không

Nếu có, cho biết tên người đó: _____

NGƯỜI SỐ 3 này có liên hệ như thế nào với người đứng khai thuế? _____

10. NGƯỜI SỐ 3 có thai không? Có Không **Nếu có thai**, quý vị sắp sinh bao nhiêu em bé? _____

11. **NGƯỜI SỐ 3 có muốn bảo hiểm sức khỏe không?**

(Ngay cả quý vị đã có bảo hiểm rồi, chúng tôi có thể có những loại bảo hiểm tốt hơn hoặc rẻ hơn.)

CÓ. Nếu có, vui lòng trả lời tất cả câu hỏi dưới đây. **KHÔNG. Nếu không**, trả lời những câu hỏi về thu nhập ở trang 5.

12. NGƯỜI SỐ 3 có bệnh tật thể xác, tâm thần, hoặc tâm lý mà gây trở ngại cho quý vị trong những sinh hoạt (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, vv.)? Có Không **Nếu có**, quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

13. NGƯỜI SỐ 3 có sống trong nhà dưỡng bệnh hoặc viện dưỡng lão không? Có Không **Nếu có**, quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

14. NGƯỜI SỐ 3 có cần trợ giúp về những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua? Có Không

15. NGƯỜI SỐ 3 có sống chung với ít nhất một người con dưới 19 tuổi và quý vị phải chi trả cho việc chăm sóc người con này không? Có Không

16. NGƯỜI SỐ 3 đã từng ở trong trại mồ côi vào tuổi 18 hoặc lớn hơn bao giờ chưa? Có Không

a. **Nếu có**, cho biết tiểu bang? _____ b. Người này đã nhận Medicaid không? Có Không c. NGƯỜI SỐ 3 rời trại mồ côi ở độ tuổi nào? _____

17. NGƯỜI SỐ 3 đã có bảo hiểm sức khỏe qua sở làm việc và hết hạn trong 6 tháng vừa qua không? Có Không

a. **Nếu có**, ngày hết hạn: _____ b. Lý do bảo hiểm hết hạn: _____

18. NGƯỜI SỐ 3 có là học sinh toàn thời gian không? Có Không

19. NGƯỜI SỐ 3 có là một công dân Mỹ hoặc mang quốc tịch Mỹ không? Có Không

Nếu có, NGƯỜI SỐ 3 đã sinh tại Mỹ hoặc một thuộc địa của Mỹ không? Có Không **Nếu không**, điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).

a. Số Alien _____ b. Loại giấy chứng nhận _____ c. Số giấy chứng nhận _____

Nếu không, NGƯỜI SỐ 3 có là người di dân hợp pháp không? Có Không **Nếu có**, điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).

a. Loại chứng từ _____ b. Ngày hết hạn của chứng từ (tháng/ngày/năm) _____

c. Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS _____ d. Số thẻ hoặc số hộ chiếu _____

e. NGƯỜI SỐ 3 đã sống tại Mỹ từ năm 1996 không? Có Không f. NGƯỜI SỐ 3 hoặc người phối ngẫu có là cha mẹ của cựu quân nhân hoặc một người lính Mỹ không? Có Không



NEU CAN GIUP DO DIEN DON? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dùng ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 3 (Tiếp theo của NGƯỜI SỐ 3)

Công Việc Hiện Tại & Thu Nhập

Có việc làm

Nếu NGƯỜI SỐ 3 có làm việc, thí cho biết về thu nhập. Bắt đầu từ câu 20.

Không làm việc

Trả lời câu 30.

Làm chủ

Trả lời câu 29.

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 1:

20. Tên và địa chỉ sở làm _____ 21. Số điện thoại của chủ nhân
(_____) _____ - _____

22. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) Giờ Tuần 2 tuần Hai lần trong một tháng Tháng Năm

\$ _____

23. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 2: (Nếu NGƯỜI SỐ 3 có nhiều việc làm hơn nữa và cần thêm khoảng trống thì kèm thêm một trang giấy.)

24. Tên và địa chỉ sở làm _____ 25. Số điện thoại của chủ nhân
(_____) _____ - _____

26. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) Giờ Tuần 2 tuần Hai lần trong một tháng Tháng Năm

\$ _____

27. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

28. **Năm vừa qua, NGƯỜI SỐ 3 đã:** Thay đổi việc Ngừng làm việc Bắt đầu làm việc ít giờ Những câu trên không áp dụng

29. Nếu làm chủ thì trả lời những câu hỏi dưới đây:

a. Loại việc làm _____

b. Tiền thu nhập của NGƯỜI SỐ 3 trong tháng này (tiền lời hoặc lỗ vốn sau khi chi trả mọi thứ) kiếm được từ việc mình làm chủ?

\$ _____

30. TIỀN THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY: Đánh dấu những mục áp dụng cho NGƯỜI SỐ 3 và cho biết mức độ thường xuyên.

Không có

Tiền thất nghiệp \$ _____ Mức độ? _____

Lương hưu trí \$ _____ Mức độ? _____

Tiền Anh Sinh Xã Hội \$ _____ Mức độ? _____

Trương mục tiền hưu \$ _____ Mức độ? _____

Đầu tư \$ _____ Mức độ? _____

Tiền cấp dưỡng cho trẻ \$ _____ Mức độ? _____

Supplemental Security Income (SSI) \$ _____ Mức độ? _____

Tiền hỗ trợ cho trẻ \$ _____ Mức độ? _____

Lương cựu chiến binh \$ _____ Mức độ? _____

Tiền học bổng/thưởng \$ _____ Mức độ? _____

Tiền tăng vốn \$ _____ Mức độ? _____

Tiền từ nông trại \$ _____ Mức độ? _____

Tiền cho thuê nhà \$ _____ Mức độ? _____

Tiền thu nhập khác Loại thu nhập: _____

\$ _____ Mức độ? _____

31. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu những mục áp dụng và cho biết số tiền và mức biết mức độ. Nếu NGƯỜI SỐ 3 chi phí cho một số vật mà có thể khấu trừ trên thuế liên bang, việc thông báo những tiền khấu trừ này có thể làm giảm tiền bảo hiểm hàng tháng.

LƯU Ý: Quý vị không nên liệt kê những phí tổn mà NGƯỜI SỐ 3 đã liệt kê trong phần trả lời cho phần liên quan đến việc mà quý vị làm chủ. (Câu hỏi 27b).

Tiền cấp dưỡng cho con trẻ \$ _____ Mức độ? _____

Những món khác Loại nào: _____
\$ _____ Mức độ? _____

Tiền lời của của tiền vay của sinh viên \$ _____ Mức độ? _____

32. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ hoàn tất phần này khi thu nhập thay đổi mỗi tháng. Nếu thu nhập của NGƯỜI SỐ 3 không thay đổi mỗi tháng thì đi sang câu hỏi của người kế tiếp.

Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ 3 cho **năm này**

\$ _____

Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ 3 cho **năm tới** (nếu quý vị cho rằng sẽ có những thay đổi)

\$ _____

CẢM ƠN! Đây là tất cả những điều chúng tôi cần biết về NGƯỜI SỐ 3.



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 4

Hoàn thành bước 2 cho quý vị, người phổ thông/bạn, và con trẻ sống chung với quý vị hoặc những người mà quý vị khai thuế chung. Xem trang 1 để biết chi tiết về việc những thông tin cần khai báo. Nếu quý vị không khai thuế, nên nhớ vẫn liệt kê những thành viên sống chung trong gia đình.

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố		5. Liên hệ (ví dụ: mẹ, cha, con gái, con trai, vv.) Liên hệ của người này đối với: NGƯỜI SỐ 1: _____ NGƯỜI SỐ 2: _____ NGƯỜI SỐ 3: _____	
2. Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm)	3. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		
4. Số Anh Sinh Xã Hội (SSN) _____ - _____ - _____ Chúng tôi cần biết xem NGƯỜI SỐ 4 có muốn bảo hiểm và có số SSN không.			

6. NGƯỜI SỐ 4 có sống chung địa chỉ với quý vị không? Có Không

Nếu không, cho biết địa chỉ: _____

7. **Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

Mễ Mỹ gốc Mễ Chicano/a Puerto Rico Cuba Dân tộc khác _____

8. **Dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

Da trắng Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska Phi Viet nam Guam hoặc Đảo Camoro
 Da đen hoặc Châu Phi Ấn Độ Nhật Á Châu Samo
 Trung Quốc Hàn Quốc Bản xứ Hawaii Đảo Thái Bình Dương
 Dân tộc khác _____

9. **NGƯỜI SỐ 4 có dự định khai thuế liên bang NĂM TỚI không?**

(Quý vị vẫn có thể xin bảo hiểm sức khỏe cho dù không khai thuế liên bang.)

CÓ. Nếu có, trả lời câu a-c. **KHÔNG. Nếu không**, trả lời câu c.

a. NGƯỜI SỐ 4 có dự định khai thuế chung với người phối ngẫu không? Có Không

Nếu có, cho biết tên người phối ngẫu: _____

b. NGƯỜI SỐ 4 có dự định khai người ăn theo trên thuế không? Có Không

Nếu có, cho biết tên những người ăn theo: _____

c. NGƯỜI SỐ 4 có là người ăn theo trên giấy thuế của người khác không? Có Không

Nếu có, cho biết tên người đó: _____

NGƯỜI SỐ 4 này có liên hệ như thế nào với người đứng khai thuế? _____

10. NGƯỜI SỐ 4 có thai không? Có Không **Nếu có thai**, quý vị sắp sanh bao nhiêu em bé? _____

11. **NGƯỜI SỐ 4 có muốn bảo hiểm sức khỏe không?**

(Ngay cả quý vị đã có bảo hiểm rồi, chúng tôi có thể có những loại bảo hiểm tốt hơn hoặc rẻ hơn.)

CÓ. Nếu có, vui lòng trả lời tất cả câu hỏi dưới đây. **KHÔNG. Nếu không**, trả lời những câu hỏi về thu nhập ở trang 5.

12. NGƯỜI SỐ 4 có bệnh tật thể xác, tâm thần, hoặc tâm lý mà gây trở ngại cho quý vị trong những sinh hoạt (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, vv.)? Có Không **Nếu có**, quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

13. NGƯỜI SỐ 4 có sống trong nhà dưỡng bệnh hoặc viện dưỡng lão không? Có Không **Nếu có**, quý vị phải hoàn thành phụ lục D.

14. NGƯỜI SỐ 4 có cần trợ giúp về những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua? Có Không

15. NGƯỜI SỐ 4 có sống chung với ít nhất một người con dưới 19 tuổi và quý vị phải chi trả cho việc chăm sóc người con này không? Có Không

16. NGƯỜI SỐ 4 đã từng ở trong trại mồ côi vào tuổi 18 hoặc lớn hơn bao giờ chưa? Có Không

a. **Nếu có**, cho biết tiểu bang? _____ b. Người này đã nhận Medicaid không? Có Không c. NGƯỜI SỐ 4 rời trại mồ côi ở độ tuổi nào? _____

17. NGƯỜI SỐ 4 đã có bảo hiểm sức khỏe qua sở làm việc và hết hạn trong 6 tháng vừa qua không? Có Không

a. **Nếu có**, ngày hết hạn: _____ b. Lý do bảo hiểm hết hạn: _____

18. NGƯỜI SỐ 4 có là học sinh toàn thời gian không? Có Không

19. NGƯỜI SỐ 4 có là một công dân Mỹ hoặc mang quốc tịch Mỹ không? Có Không

Nếu có, NGƯỜI SỐ 4 đã sanh tại Mỹ hoặc một thuộc địa của Mỹ không? Có Không **Nếu không**, điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).

a. Số Alien _____ b. Loại giấy chứng nhận _____ c. Số giấy chứng nhận _____

Nếu không, NGƯỜI SỐ 4 có là người di dân hợp pháp không? Có Không **Nếu có**, điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).

a. Loại chứng từ _____ b. Ngày hết hạn của chứng từ (tháng/ngày/năm) _____

c. Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS _____ d. Số thẻ hoặc số hộ chiếu _____

e. NGƯỜI SỐ 4 đã sống tại Mỹ từ năm 1996 không? Có Không f. NGƯỜI SỐ 4 hoặc người phối ngẫu có là cha mẹ của cựu quân nhân hoặc một người lính Mỹ không? Có Không



NEU CAN GIUP DO DIEN DON? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dùng ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 4 (Tiếp theo của NGƯỜI SỐ 4)

Công Việc Hiện Tại & Thu Nhập

Có việc làm

Nếu NGƯỜI SỐ 4 có làm việc, thí cho biết về thu nhập. Bắt đầu từ câu 20.

Không làm việc

Trả lời câu 30.

Làm chủ

Trả lời câu 29.

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 1:

20. Tên và địa chỉ sở làm _____ 21. Số điện thoại của chủ nhân
(_____) _____ - _____

22. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) Giờ Tuần 2 tuần Hai lần trong một tháng Tháng Năm

\$ _____

23. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 2: (Nếu NGƯỜI SỐ 4 có nhiều việc làm hơn nữa và cần thêm khoảng trống thì kèm thêm một trang giấy.)

24. Tên và địa chỉ sở làm _____ 25. Số điện thoại của chủ nhân
(_____) _____ - _____

26. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) Giờ Tuần 2 tuần Hai lần trong một tháng Tháng Năm

\$ _____

27. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

28. **Năm vừa qua, NGƯỜI SỐ 4 đã:** Thay đổi việc Ngừng làm việc Bắt đầu làm việc ít giờ Những câu trên không áp dụng

29. Nếu làm chủ thì trả lời những câu hỏi dưới đây:

a. Loại việc làm _____

b. Tiền thu nhập của NGƯỜI SỐ 4 trong tháng này (tiền lời hoặc lỗ vốn sau khi chi trả mọi thứ) kiếm được từ việc mình làm chủ?

\$ _____

30. TIỀN THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY: Đánh dấu những mục áp dụng cho NGƯỜI SỐ 4 và cho biết mức độ thường xuyên.

- | | | | | | |
|---|----------|---------------|---|----------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Không có | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Tiền thất nghiệp | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền hỗ trợ cho trẻ | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Lương hưu trí | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Lương cựu chiến binh | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền Anh Sinh Xã Hội | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền học bổng/thưởng | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Trạng mục tiền hưu | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền tặng vốn | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Đầu tư | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền từ nông trại | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng cho trẻ | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền cho thuê nhà | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Tiền thu nhập khác | Loại thu nhập: _____ | \$ _____ |
| | | | | | Mức độ? _____ |

31. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu những mục áp dụng và cho biết số tiền và mức biết mức độ. Nếu NGƯỜI SỐ 4 chi phí cho một số vật mà có thể khấu trừ trên thuế liên bang, việc thông báo những tiền khấu trừ này có thể làm giảm tiền bảo hiểm hàng tháng.

LƯU Ý: Quý vị không nên liệt kê những phí tổn mà NGƯỜI SỐ 4 đã liệt kê trong phần trả lời cho phần liên quan đến việc mà quý vị làm chủ. (Câu hỏi 27b).

- | | | | | | | |
|--|----------|---------------|---|-----------------|----------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng cho con trẻ | \$ _____ | Mức độ? _____ | <input type="checkbox"/> Những món khác | Loại nào: _____ | \$ _____ | Mức độ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiền lời của tiền vay của sinh viên | \$ _____ | Mức độ? _____ | | | | |

32. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ hoàn tất phần này khi thu nhập thay đổi mỗi tháng. Nếu thu nhập của NGƯỜI SỐ 4 không thay đổi mỗi tháng thì đi sang câu hỏi của người kế tiếp.

Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ 4 cho năm này	Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ 4 cho năm tới (nếu quý vị cho rằng sẽ có những thay đổi)
\$ _____	\$ _____

CẢM ƠN! Đây là tất cả những điều chúng tôi cần biết về NGƯỜI SỐ 4.

Nếu quý vị có hơn 4 người để liệt kê, lên mạng www.medicaid.la.gov để in thêm trang giấy hoặc copy trang 8 và 9 để hoàn tất.



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 3

Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska (AI/AN) Thành Viên Gia Đình

1. Có ai trong gia đình quý vị ai là Người Mỹ bản xứ hoặc người bản xứ Alaska không?

- KHÔNG.** Nếu không, xuống câu 4.
- CÓ.** Nếu có, Quý vị cần hoàn tất phụ lục B.

BƯỚC 4

Bảo Hiểm Sức Khỏe của gia đình quý vị

Trả lời những câu hỏi sau dành cho những người cần bảo hiểm sức khỏe.

1. Có ai đăng ký bảo hiểm nào khác ngoài những bảo hiểm liệt kê dưới đây không?

- CÓ.** Nếu có, đánh dấu loại bảo hiểm và viết tên người có bảo hiểm bên cạnh loại bảo hiểm đó. **KHÔNG.**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____ | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm từ việc làm _____ |
| <input type="checkbox"/> CHIP _____ | Tên hãng bảo hiểm: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____ | Số bảo hiểm: _____ |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (Đừng đánh dấu nếu quý vị có directcare hoặc Line of Duty) | Đây có phải bảo hiểm COBRA không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| _____ | Đây có phải chương trình bảo hiểm hưu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |
| <input type="checkbox"/> Chương trình VA _____ | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm khác _____ |
| <input type="checkbox"/> Peace Corps _____ | Tên hãng bảo hiểm: _____ |
| | Số bảo hiểm: _____ |
| | Đây có phải loại bảo hiểm hạn chế (như loại hợp đồng tai nạn tại trường học)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không |

2. Có người nào liệt kê trong đơn này được cung cấp bảo hiểm từ việc làm không? Có thể từ việc làm của chính quý vị hoặc việc làm của một người nào đó chẳng hạn vợ/chồng.

- CÓ.** Nếu có, quý vị cần hoàn tất phụ lục A. Đây có phải bảo hiểm cung cấp cho nhân viên của tiểu bang không? Có Không
- Nếu có, ai là người nhận bảo hiểm này?** _____
- KHÔNG.** Nếu không, tiếp tục bước 5.

BƯỚC 5

Đọc kỹ & ký đơn

- Tôi hiểu rằng tôi đang ký đơn đề nghị này theo hình phạt khai man, có nghĩa là tôi đã đưa ra các câu trả lời đúng cho tất cả các câu hỏi trên mẫu này theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi biết rằng tôi có thể bị phạt theo luật liên bang nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch hoặc không đúng sự thật. Tôi có được tất cả những người có tên trong đơn đề nghị này đồng ý gửi thông tin của họ lên Sở Y tế Louisiana (LDH) và nhận bất cứ thông tin nào về điều kiện hội đủ và phạm vi bảo hiểm y tế của họ.
- Tôi hiểu rằng LDH được phép thu thập thông tin yêu cầu trong đơn đề nghị này và bất cứ hồ sơ hỗ trợ nào, bao gồm số an sinh xã hội, theo **Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe Hợp túi tiền** (Luật công số 111-148), như được chỉnh sửa bởi **Luật Điều chỉnh Chăm sóc Sức khỏe và Giáo dục năm 2010** (Luật công số 111-152), và **Luật An sinh Xã hội**.
- Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin yêu cầu (bao gồm số an sinh xã hội) là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu tôi không cung cấp thông tin yêu cầu, có thể làm chậm trễ hoặc khiến tôi không được bảo hiểm sức khỏe của tôi thông qua Medicaid hoặc bất cứ chương trình bảo hiểm hợp túi tiền nào khác.
- Tôi hiểu rằng LDH sẽ kiểm tra thông tin mà tôi cung cấp cho họ để đảm bảo thông tin chính xác. Tôi cho phép LDH liên hệ với (các) nguồn bên ngoài để kiểm tra thông tin này, xử lý đơn đề nghị của tôi, quyết định điều kiện hội đủ, và vận hành chương trình Medicaid. Những nguồn bên ngoài này có thể bao gồm:
 - Các cơ quan liên bang (như Sở Thuế Vụ, Sở An Sinh Xã Hội, và Bộ An Ninh Nội Địa Hoa Kỳ), các cơ quan tiểu bang khác, và/hoặc các cơ quan chính quyền địa phương.
 - Ngân hàng, tổ chức tài chính, và cơ quan báo cáo người tiêu dùng.
 - Chủ lao động được xác định trong đơn đề nghị để quyết định về điều kiện hội đủ.
 - Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác.
 - Người làm đơn/người ghi danh, và người đại diện được ủy quyền của người làm đơn/người ghi danh.
 - Nhà thầu LDH tham gia thực hiện chức năng cho chương trình Medicaid.
 - Bất cứ người nào khác theo yêu cầu hoặc được sự cho phép của pháp luật.



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 5 **Đọc kỹ & ký đơn (tiếp tục)**

- Tôi cho phép các nguồn bên ngoài này cung cấp cho LDH bất cứ thông tin nào về tôi, hoặc bất cứ người nào cần thiết cho đơn đề nghị này mà có thể yêu cầu. Tôi hiểu rằng sự cho phép này sẽ kết thúc khi đơn đề nghị này bị từ chối, khi điều kiện hội đủ Medicaid của tôi chấm dứt, hoặc khi tôi nộp bản tuyên bố cho LDH hủy bỏ sự cho phép này, nếu điều nào đến trước. Việc hủy bỏ có thể khiến tôi không thể đủ điều kiện tham gia Medicaid.
- Tôi hiểu rằng số an sinh xã hội sẽ chỉ được sử dụng để thu thập thông tin từ những nguồn bên ngoài này nhằm xác minh thu nhập, quyết định điều kiện hội đủ, hoặc nhằm các mục đích khác có liên quan trực tiếp đến việc điều hành chương trình Medicaid.
- Tôi biết rằng tôi cần phải thông báo với Medicaid những thay đổi (và những gì khác) những gì tôi khai trong đơn này. Tôi có thể lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi **1-888-342-6207** để thông báo những thay đổi. Tôi hiểu một sự thay đổi có thể ảnh hưởng đến việc được cấp bảo hiểm cho gia đình tôi.
- Tôi biết dưới luật liên bang, phân biệt về màu da, sắc tộc, giới tính, tuổi, khuynh hướng tình dục, bản sắc giới tính, hoặc sự tàn tật. Tôi có thể phàn nàn về nạn phân biệt tại www.hhs.gov/ocr/office/file, hoặc gọi US DHHS Regional Office for Civil Rights tại **1-800-368-1019**, hoặc viết thư tới LDH tại **PO Box 4818, Baton Rouge, Louisiana 70821**.
- Tôi xác nhận rằng không một ai liệt kê trong đơn này bị tù hết (bị bắt hoặc tù), nếu có tôi phải thông báo.

Có ai đang xin bảo hiểm trong đơn này bị tù không (bị bắt hoặc tù)?

Có Không **Nếu có, ai bị tù?:** _____

Việc tái xét trong những năm tương lai

Đề tiện việc xác định khả năng được trợ giúp chi trả cho bảo hiểm sức khỏe, tôi đồng ý cho phép văn phòng Medicaid sử dụng trữ liệu về thu nhập lấy được từ giấy thuế. Medicaid sẽ gửi thông báo cho tôi, để tôi làm chứng thay đổi và tôi có thể rút lui bất kỳ lúc nào.

- Được, hãy tái xét đơn một cách tự động trong (đánh dấu một ô): 5 năm 4 năm 3 năm 2 năm 1 năm
- Không, không dùng thông tin trên giấy thuế để tái xét đơn.

Nếu một người nào trong đơn này được chấp thuận Medicaid

- Bằng việc ký tên và gửi đơn này, tôi hiểu rằng nếu bất cứ người nào có tên trong đơn này được nhận Medicaid, tôi ủy quyền cho LDH tất cả tiền chúng tôi làm chủ qua bảo hiểm sức khỏe, giải quyết về luật pháp, vợ chồng hoặc cha mẹ, hoặc chung gian.

Tôi hiểu tôi sẽ bị yêu cầu hợp tác với cơ quan mà giúp tôi lấy tiền và bảo hiểm từ người cha/mẹ vắng mặt. Nếu tôi cho rằng việc hợp tác để yêu cầu trợ cấp bảo hiểm có hại cho tôi và con tôi thì tôi có thể cho cơ quan này biết tôi có thể không hợp tác.

Đồng ý Không đồng ý (Nếu không đồng ý có thể ảnh hưởng việc được cấp Medicaid.)

Thu Hồi Tài Sản

Tôi hiểu rằng luật thu hồi tài sản yêu cầu Louisiana Medicaid được lấy lại một số chi trả từ tài sản của người xin đơn. Những chi trả này bao gồm tổng số chi trả cho dịch vụ dưỡng lão, bệnh viện, chi trả HCBS hoặc PACE, hoặc tiền đơn thuốc mà những người 55 tuổi hoặc lớn hơn đã nhận. Đây là những tài sản được làm chủ bởi lúc từ trần. Medicaid sẽ không yêu cầu khi người xin đơn hoặc vợ/chồng người xin đơn còn sống. Medicaid sẽ không yêu cầu khi người xin đơn có con nhỏ dưới tuổi 21, bị mù hoặc tàn tật. Việc thu hồi sẽ không được thực hiện nếu không phải những chi phí có hiệu quả để Medicaid thực hiện hoặc gây khó khăn cho người thừa kế tài. Khó khăn có thể xảy ra nếu tài sản là nguồn thu nhập duy nhất của người thừa kế, hoặc là nguồn thu nhập giới hạn, hoặc có những trường hợp thỏa đáng.

Quyền khiếu nại của tôi

Nếu tôi cho rằng Health Insurance Marketplace hoặc Louisiana Medicaid đã làm sai, tôi có thể khiếu nại quyết định đó. Việc khiếu nại có nghĩa là báo cho nhân viên của Health Insurance Marketplace hoặc Medicaid rằng quyết định đã sai và yêu cầu một cuộc xem xét lại quyết định đó. Tôi hiểu tôi có thể gọi Medicaid tại số **1-888-342-6207** để khiếu nại. Tôi biết tôi có thể được đại diện bởi một người ngoài tôi ra trong cuộc khiếu nại. Khả năng được chấp thuận bảo hiểm hoặc những thông tin khác sẽ được giải thích cho tôi.

Ký tên vào đơn

Người hoàn tất Bước 1 nên ký tên vào đơn. Nếu quý vị là người đại diện thì có thể ký tên nếu như quý vị cung cấp những thông tin được yêu cầu ở phụ lục C.

Chữ ký

Ngày (tháng/ngày/năm)



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

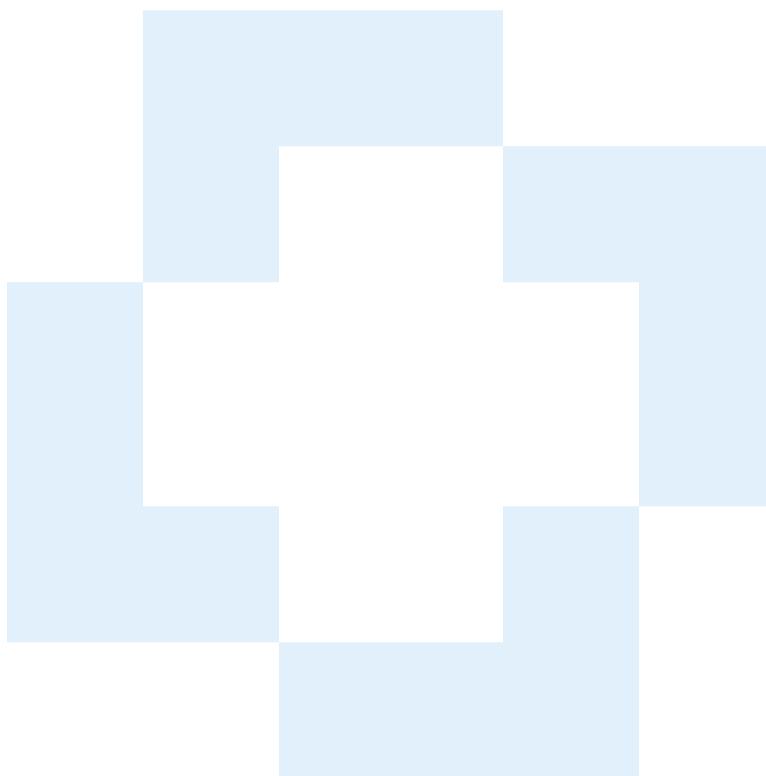
BƯỚC 6 | **Đệ trình đơn đã hoàn tất**

Gửi đơn đã được ký tới:

Medicaid Application Office
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9893

Fax đơn đã được ký tới:

1-877-523-2987



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

PHỤ LỤC A

Bảo Hiểm Sức Khỏe Từ Việc Làm

Quý vị **KHÔNG** cần trả lời những câu hỏi ngoại trừ có người trong gia đình nhận bảo hiểm sức khỏe từ việc làm. Gửi kèm một trang khác cho mỗi việc mà cung cấp bảo hiểm sức khỏe.

Cho chúng tôi biết **những việc làm** mà cung cấp bảo hiểm.

Cầm Dụng Cụ Bảo Hiểm Cơ Sở ở trang kế đến sở làm việc mà cung cấp bảo hiểm để giúp quý vị trả lời những câu hỏi. Quý vị chỉ cần kèm trang này khi gửi đơn, không cần tờ Dụng Cụ Bảo Hiểm Cơ Sở.

Thông tin của NGƯỜI LÀM VIỆC

1. Tên người làm việc (Tên gọi, Tên lót, Tên họ)	2. Số Anh Sinh Xã Hội của người đi làm _____ - _____ - _____
--	---

Thông tin SỞ LÀM

3. Tên sở làm	4. Số Nhận Dạng Nhân Viên (EIN) _____ - _____	
5. Địa chỉ	6. Số điện thoại (_____) _____ - _____	
7. Thành phố	8. Bang	9. ZIP
10. Chúng tôi có thể liên lạc với người nào về bảo hiểm từ việc làm này?		
11. Số điện thoại (nếu khác ở trên) (_____) _____ - _____	12. E-mail	

13. Quý vị có được cung cấp bảo hiểm từ sở làm việc này hoặc quý vị sẽ được cấp bảo hiểm trong 3 tháng tới không?

Có (tiếp tục)

13a. Nếu quý vị đang chờ đợi hoặc trong thời gian bị cấm, khi nào quý vị sẽ đăng ký bảo hiểm? _____ (tháng/ngày/năm)

Liệt kê tên những người được cấp bảo hiểm từ sở làm việc này.

Tên: _____ Tên: _____ Tên: _____

Không (Dừng ở đây và trả lời Bước 5 trong đơn này)

Cho chúng tôi biết về **hợp đồng bảo hiểm** được cung cấp từ sở làm việc này.

14. Sở làm việc này có cung cấp hợp đồng bảo hiểm đủ tiêu chuẩn cần thiết không*? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
15. Cho một hợp đồng bảo hiểm rẻ nhất mà đủ tiêu chuẩn chỉ dành cho người làm việc toàn thời gian (đừng kèm hợp đồng của gia đình): Nếu sở làm việc cung cấp chương trình sức khỏe, cho biết số tiền người làm việc phải trả và nếu người này đã nhận tiền giảm giá cho chương trình cai thuốc lá và không nhận được tiền giảm giá cho bất cứ chương trình sức khỏe nào khác. a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? \$ _____ b. Bao lâu? <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần <input type="checkbox"/> 2 lần trong tháng <input type="checkbox"/> 1 lần trong tháng <input type="checkbox"/> 3 tháng <input type="checkbox"/> Năm
16. Sở làm việc sẽ có những thay đổi cho hợp đồng năm nay không (nếu biết)? <input type="checkbox"/> Sở làm việc không cung cấp bảo hiểm sức khỏe. <input type="checkbox"/> Sở làm việc sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm cho nhân viên hoặc thay đổi tiền lệ phí cho hợp đồng giá rẻ nhất cho nhân viên đủ tiêu chuẩn*. (Tiền lệ phí cho biết số tiền giảm giá cho chương trình sức khỏe. (Xem câu hỏi 15.) a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? \$ _____ b. Bao lâu? <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần <input type="checkbox"/> 2 lần trong tháng <input type="checkbox"/> 1 lần trong tháng <input type="checkbox"/> 3 tháng <input type="checkbox"/> Năm Ngày thay đổi (tháng/ngày/năm): _____

* Một hợp đồng tài trợ bởi sở làm việc mà đạt "đủ tiêu chuẩn" nếu như hợp đồng chia sẻ không dưới 60% tiền dịch vụ (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

DỤNG CỤ BẢO HIỂM CƠ SỞ

Sử dụng dụng cụ này để giúp trả lời câu hỏi ở phụ lục A về bất cứ bảo hiểm sức khỏe nào quý vị nhận được (ngay cả bảo hiểm nhận từ sở làm của cha mẹ hoặc vợ chồng). Thông tin trong những hộp được đánh số dưới đây trùng hợp với những hộp ở phụ lục A. Ví dụ: câu trả lời cho câu 14 trong trang này sẽ trùng với câu hỏi 14 ở phụ lục A.

Viết tên và Số Anh Sinh Xã Hội trong hộp 1 và 2 và yêu cầu sở làm hoàn thành phần còn lại của form. Hoàn thành mỗi dụng cụ cho mỗi cơ sở mà cung cấp bảo hiểm.

Thông tin NGƯỜI LÀM VIỆC Người đi làm cần hoàn thành phần sau đây.

1. Tên người làm việc (Tên gọi, Tên lót, Tên họ)	2. Số Anh Sinh Xã Hội của người đi làm _____ - _____ - _____
--	---

Thông tin SỞ LÀM Hỏi sở làm cho những thông tin sau.

3. Tên sở làm	4. Số Nhận Dạng Nhân Viên (EIN) _____ - _____	
5. Địa chỉ	6. Số điện thoại (_____) _____ - _____	
7. Thành phố	8. Bang	9. ZIP
10. Chúng tôi có thể liên lạc với người nào về bảo hiểm từ việc làm này?		
11. Số điện thoại (nếu khác ở trên) (_____) _____ - _____	12. E-mail	

13. Quý vị có được cung cấp bảo hiểm từ sở làm việc này hoặc quý vị sẽ được cấp bảo hiểm trong 3 tháng tới không?

Có (Tiếp tục)

13a. Nếu quý vị đang chờ đợi hoặc trong thời gian bị cấm, khi nào quý vị sẽ đăng ký bảo hiểm?
(tháng/ngày/năm) _____

Không (DỪNG ở đây và trả form này cho người đi làm)

Cho chúng tôi biết về **hợp đồng bảo hiểm** được cung cấp từ sở làm này.

Sở làm có cung cấp bảo hiểm cho vợ/chồng hoặc người ăn theo không?

Có Không **Nếu có**, ai được cấp? Vợ/chồng Người ăn theo

14. Sở làm có cung cấp hợp đồng bảo hiểm đủ tiêu chuẩn cần thiết không*?

Có (Đi tới câu 15) Không (DỪNG ở đây và trả form này cho người đi làm)

15. Cho một hợp đồng bảo hiểm rẻ nhất mà đủ tiêu chuẩn **chỉ dành cho người làm việc thời** (đừng kèm hợp đồng của gia đình): Nếu sở làm cung cấp chương trình sức khỏe, cho biết số tiền người làm việc phải trả và nếu người này đã nhận tiền giảm giá cho chương trình cai thuốc lá và không nhận được tiền giảm giá cho bất cứ chương trình sức khỏe nào khác.

a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? \$ _____

b. Bao lâu? Tuần 2 tuần 2 lần trong tháng 1 lần trong tháng 3 tháng Năm

Nếu hợp đồng sẽ kết thúc sớm và quý vị biết rằng hợp đồng được cấp sẽ thay đổi, trả lời câu 16. Nếu quý vị không biết thì DỪNG tại đây và trả form này cho người đi làm.

16. Sở làm việc sẽ có những thay đổi cho hợp đồng năm nay không?

Sở làm không cung cấp bảo hiểm sức khỏe

Sở làm sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm cho nhân viên hoặc thay đổi tiền lệ phí cho hợp đồng giá rẻ nhất cho nhân viên đủ tiêu chuẩn*.
(Tiền lệ phí cho biết số tiền giảm giá cho chương trình sức khỏe. (Xem câu hỏi 15.)

a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? \$ _____

b. Bao lâu? Tuần 2 tuần 2 lần trong tháng 1 lần trong tháng 3 tháng Năm

Ngày thay đổi (tháng/ngày/năm): _____

* Một hợp đồng tài trợ bởi sở làm mà đạt "đủ tiêu chuẩn" nếu như hợp đồng chia sẻ không dưới 60% tiền dịch vụ (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

PHỤ LỤC B

Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska (AI/AN) Thành Viên Gia Đình

Hoàn thành phụ lục này nếu quý vị hoặc những thành viên trong gia đình là người Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska. Nộp phần này cùng Đơn xin Bảo Hiểm Sức Khỏe.

Cho chúng tôi biết về những thành viên trong gia đình là Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska.

Những người Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska có thể không phải trả tiền lệ phí và có thể được hưởng thời gian đăng ký đặc biệt. Trả lời những câu sau đây để cho gia đình quý vị được trợ giúp.

LƯU Ý: Nếu quý vị có thêm người cần liệt kê thì bản sao trang này và gửi kèm.

	AI/AN NGƯỜI SỐ 1	AI/AN NGƯỜI SỐ 2
1. Tên	Tên gọi Tên lót Tên họ	Tên gọi Tên lót Tên họ
2. Có phải là thành viên bộ tộc liên bang không?	<input type="checkbox"/> Có Nếu phải , tên bộ tộc là gì? _____ <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có Nếu phải , tên bộ tộc là gì? _____ <input type="checkbox"/> Không
3. Người này có bao giờ được cả những dịch vụ từ Indian Health Service, một chương trình sức khỏe bộ tộc cho người Bản Xứ, hoặc một chương trình sức khỏe đô thị hoặc qua một trong những chương trình như trên?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không , Người này sẽ được cấp những dịch vụ từ Indian Health Service, một chương trình sức khỏe bộ tộc cho người Bản Xứ, hoặc một chương trình sức khỏe đô thị hoặc qua một trong những chương trình như trên? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không , Người này sẽ được cấp những dịch vụ từ Indian Health Service, một chương trình sức khỏe bộ tộc cho người Bản Xứ, hoặc một chương trình sức khỏe đô thị hoặc qua một trong những chương trình như trên? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Một vài món tiền nhận được sẽ không bị tính. Cho biết bất cứ thu nhập nào (số lượng và mức độ) quý vị liệt kê trong đơn và nguồn gốc của chúng. Đánh dấu những mục áp dụng cho quý vị và cho biết số lượng và mức độ.	<input type="checkbox"/> Số tiền nhận từng đầu người từ bộ tộc qua những nguồn như tài sản thiên nhiên, quyền sử dụng, thuê, hoặc bản quyền \$ _____ Mức độ? _____ <input type="checkbox"/> Số tiền nhận từ tài sản thiên nhiên, nông trại, trang trại, đánh cá, hợp đồng, hoặc tiền bản quyền từ đất của người Bản Xứ xác định bởi Department of Interior (bao gồm bảo tồn và việc bảo tồn trước đây) \$ _____ Mức độ? _____ <input type="checkbox"/> Tiền có được từ việc bán những di sản văn hóa \$ _____ Mức độ? _____	<input type="checkbox"/> Số tiền nhận từng đầu người từ bộ tộc qua những nguồn như tài sản thiên nhiên, quyền sử dụng, thuê, hoặc bản quyền \$ _____ Mức độ? _____ <input type="checkbox"/> Số tiền nhận từ tài sản thiên nhiên, nông trại, trang trại, đánh cá, hợp đồng, hoặc tiền bản quyền từ đất của người Bản Xứ xác định bởi Department of Interior (bao gồm bảo tồn và việc bảo tồn trước đây) \$ _____ Mức độ? _____ <input type="checkbox"/> Tiền có được từ việc bán những di sản văn hóa \$ _____ Mức độ? _____



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

TRANG NÀY ĐƯỢC
CHỦ Ý ĐỂ TRỐNG.

PHỤ LỤC C

Việc Trợ Giúp Hoàn Thành Đơn

Dành cho Người nộp đơn hoặc Người đăng ký Medicaid: Quý vị có thể chọn một đại diện được ủy quyền

Quý vị có thể cho phép một người đáng tin cậy nói về điều kiện hội đủ Medicaid của quý vị với chúng tôi, xem thông tin của quý vị và thay mặt cho quý vị trong các vấn đề liên quan đến đơn đăng ký/việc gia hạn của quý vị. Người này được gọi là “đại diện được ủy quyền.” Quý vị không bắt buộc phải nêu tên bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào làm đại diện được ủy quyền của mình. Nếu quý vị cần thay đổi người đại diện được ủy quyền của mình, hãy liên hệ với Medicaid. Nếu quý vị là đại diện hợp pháp của người nộp đơn/người đăng ký, hãy nộp bằng chứng cho Medicaid.

Chọn những gì quý vị muốn người đại diện được ủy quyền của mình có thể làm (đánh dấu tất cả các câu áp dụng):

- Ký đơn đăng ký thay mặt quý vị.
- Hoàn thành và gửi mẫu gia hạn thay mặt quý vị.
- Nhận thông báo và các thông tin liên lạc khác từ Medicaid thay mặt quý vị. (Nếu chọn tùy chọn này, thì tất cả thư từ sẽ chỉ được gửi đến địa chỉ của người đại diện được ủy quyền.)
- Thay mặt quý vị trong tất cả các vấn đề liên quan đến trường hợp Medicaid của quý vị và nhận thông tin về trường hợp Medicaid của quý vị.

1. Tên của người đại diện được ủy quyền (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) hoặc tên của tổ chức

2. Địa chỉ

3. Số căn hộ hoặc phòng

4. Thành phố

5. Tiểu bang

6. Mã ZIP

7. Số điện thoại

(_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

8. Số ID (nếu có)

Khi ký tên dưới đây, tôi hiểu rằng tôi đang chỉ định người đại diện được ủy quyền đã liệt kê ở trên để thực hiện các hành động mà tôi đã chọn ở trên. Tôi hiểu rằng giấy ủy quyền này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi bị hủy bỏ.

Tôi hiểu rằng tất cả thông tin thu thập được về tình hình của tôi và những người mà tôi chịu trách nhiệm pháp lý là mang tính cá nhân và bảo mật. Quyết định chỉ định người đại diện được ủy quyền của tôi là không bắt buộc, được tự do đưa ra và không miễn trách nhiệm phải tích cực tham gia vào quá trình xác định điều kiện hội đủ Medicaid của tôi. Tôi hiểu rằng người đại diện được ủy quyền có trách nhiệm đồng hành, hỗ trợ và đại diện cho tôi trong quá trình xác định điều kiện hội đủ, và để hỗ trợ trong việc có được giấy tờ chứng minh tài chính, y tế và/hoặc các giấy tờ khác cần thiết để Medicaid xác định điều kiện hội đủ Medicaid của tôi. Tôi hiểu rằng mặc dù một số thông tin thu thập được có thể không ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ Medicaid của tôi, nhưng có thể ảnh hưởng đến trách nhiệm của tôi đối với một bên thứ ba nếu thông tin này được người đại diện được ủy quyền của tôi tiết lộ cho bên thứ ba đó. Tôi theo đây miễn trừ cho Sở Y tế Louisiana khỏi trách nhiệm trước bất kỳ khiếu nại nào do việc người đại diện được ủy quyền của tôi tiết lộ thông tin cho bên thứ ba. Tôi hiểu rằng nếu giấy ủy quyền này không được ký với sự có mặt của nhân viên Medicaid, thì nhân viên Medicaid có thể xác minh sự chỉ định này.

9. Tên của quý vị (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)

10. Tên của người nộp đơn/người đăng ký (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) (nếu quý vị đang ký với tư cách là người đại diện hợp pháp của họ)

11. Mối quan hệ của quý vị với người nộp đơn/người đăng ký (nếu quý vị đang ký với tư cách là người đại diện hợp pháp của họ)

12. SSN hoặc ID Trường hợp cho người nộp đơn/người đăng ký

13. Chữ ký của quý vị

14. Ngày (tháng/ngày/năm)

Tiếp tục ở trang sau...



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

PHỤ LỤC C (tiếp theo)

Dành cho Người đại diện được Ủy quyền

Khi ký tên dưới đây, người đại diện theo ủy quyền đồng ý: 1) Đồng ý chịu trách nhiệm hoàn thành mọi trách nhiệm nằm trong phạm vi đại diện được ủy quyền ở cùng mức độ mà cá nhân được đại diện; 2) Duy trì, hoặc bị ràng buộc về mặt pháp lý để duy trì tính bảo mật của bất kỳ thông tin nào liên quan đến cá nhân được đại diện do Sở Y tế Louisiana cung cấp; và 3) Tuân thủ các quy định trong Điều 42 CFR Phần 431, Tiểu phần F và trong Điều 45 CFR 155.260(f) (liên quan đến bảo mật thông tin), 42 CFR 447.10 (liên quan đến việc cấm chuyển nhượng lại yêu cầu bảo hiểm của nhà cung cấp khi thích hợp cho một cơ sở hoặc một tổ chức hoạt động thay mặt cho cơ sở), cũng như các luật tiểu bang và liên bang khác liên quan đến xung đột lợi ích và bảo mật thông tin. Nếu người đại diện được ủy quyền là một tổ chức, phần này phải được hoàn thành và ký bởi tất cả các cá nhân sẽ thay mặt cho tổ chức và đồng ý chịu sự ràng buộc của các điều kiện của thỏa thuận này. Khi ký tên dưới đây, quý vị xác nhận theo hình phạt khai man rằng bất kỳ thông tin nào được cung cấp thay mặt cho cá nhân được đại diện là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của quý vị.

15. Tên của người đại diện được ủy quyền (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) hoặc tên của tổ chức	16. Số ID (nếu có)
---	--------------------

17. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) (nếu có)

18. Chữ ký của người đại diện theo ủy quyền hoặc cá nhân đại diện cho tổ chức	19. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

Tên của (các) cá nhân bổ sung sẽ thay mặt cho tổ chức (nếu có):

20. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

21. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	22. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

23. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

24. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	25. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

26. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

27. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	28. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

29. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

30. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	31. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

PHỤ LỤC D

Tài Sản Cá Nhân (tùy chọn)

Hoàn tất bảng này nếu người nộp đơn bị tàn tật, bệnh tâm thần, hoặc bị thần kinh mà dẫn đến hạn chế trong sinh hoạt như (tắm giặt, thay quần áo, công việc thường ngày), hoặc người nộp đơn đang sống trong viện dưỡng lão hoặc trung tâm y tế, được 65 tuổi hay lớn hơn.

CÓ AI TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ LÀM CHỦ...	GIÁ TRỊ TÀI SẢN (trị giá được phỏng đoán)	MÔ TẢ TÀI SẢN NÀY (bao gồm tên nhà băng hoặc tên các công ty)
Tài khoản kiểm tra <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	
Tài khoản tiết kiệm <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	
Xe <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	
Địa ốc khác ngoài căn nhà của quý vị <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	
Hộp an toàn (CDs) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	
Niên kim, trusts, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản hưu trí <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	
Bảo hiểm nhân thọ hoặc chôn cất <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	
Tiền để dành cho mai táng hoặc hợp đồng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	
Hộp an toàn <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	
Thứ khác (Cho biết chi tiết) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Ai làm chủ? _____	\$ _____	



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

TRANG NÀY ĐƯỢC
CHỦ Ý ĐỂ TRỐNG.

PHỤ LỤC E

Chọn Chương trình Chăm sóc Sức khỏe và Nha khoa

Hầu hết mọi người đang tham gia Medicaid hoặc LaCHIP cần chọn một Chương trình Chăm sóc Sức khỏe cũng như Chương trình Nha khoa. Các chương trình này là nhóm các bác sĩ, điều dưỡng, nha sĩ và nhân viên khác làm việc cùng nhau để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quý vị có thể tìm hiểu thông tin về các Chương trình Chăm sóc Sức khỏe và Nha khoa khác nhau tại www.healthy.la.gov. Nếu quý vị biết Chương trình Chăm sóc Sức khỏe hoặc Chương trình Nha khoa nào mà mình muốn, vui lòng chọn ngay bây giờ. Nếu quý vị không chọn, và quý vị cần tham gia Chương trình Chăm sóc Sức khỏe hoặc Nha khoa, chúng tôi sẽ chọn cho quý vị.

Chương trình nào Phù hợp cho Quý vị?

Tất cả các Chương trình Chăm sóc Sức khỏe phải cung cấp cùng phạm vi bảo hiểm y tế cũng như tất cả các Chương trình Nha khoa. Một số chương trình cung cấp thêm quyền lợi. Quý vị có thể chọn một Chương trình Chăm sóc Sức khỏe và Chương trình Nha khoa khác cho mỗi người được chấp thuận tham gia Medicaid đầy đủ.

Chọn một Chương trình

- Khi chọn một chương trình, điều đầu tiên cần cân nhắc là nếu nhà cung cấp hiện tại của quý vị tham gia chương trình đó. Liên hệ với bác sĩ của quý vị để tìm hiểu những chương trình họ chấp nhận.
- Để biết thêm thông tin về các chương trình quý vị có thể chọn, hãy truy cập www.healthy.la.gov hoặc gọi số **1-855-229-6848**.

LƯU Ý: Nếu quý vị chọn Chương trình Chăm sóc Sức khỏe hoặc Chương trình Nha khoa cho bất kỳ ai, vui lòng gửi kèm phụ lục này cùng với đơn đăng ký của quý vị.

Tôi chọn các chương trình sau cho mỗi người nộp đơn:

TÊN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN	CHỌN CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ NHA KHOA CHO NGƯỜI NỘP ĐƠN <i>(Vui lòng chỉ chọn MỘT Chương trình Chăm sóc Sức khỏe và MỘT Chương trình Nha khoa cho mỗi người)</i>
	<p>CÁC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Better Health of Louisiana <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas Louisiana <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Humana Healthy Horizons in Louisiana <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections</p> <p>CÁC CHƯƠNG TRÌNH NHA KHOA</p> <p><input type="checkbox"/> DentaQuest <input type="checkbox"/> MCNA Dental</p>
	<p>CÁC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Better Health of Louisiana <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas Louisiana <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Humana Healthy Horizons in Louisiana <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections</p> <p>CÁC CHƯƠNG TRÌNH NHA KHOA</p> <p><input type="checkbox"/> DentaQuest <input type="checkbox"/> MCNA Dental</p>
	<p>CÁC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Better Health of Louisiana <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas Louisiana <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Humana Healthy Horizons in Louisiana <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections</p> <p>CÁC CHƯƠNG TRÌNH NHA KHOA</p> <p><input type="checkbox"/> DentaQuest <input type="checkbox"/> MCNA Dental</p>
	<p>CÁC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Better Health of Louisiana <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas Louisiana <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Humana Healthy Horizons in Louisiana <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections</p> <p>CÁC CHƯƠNG TRÌNH NHA KHOA</p> <p><input type="checkbox"/> DentaQuest <input type="checkbox"/> MCNA Dental</p>

Nếu quý vị muốn đăng ký cho nhiều người hơn, hãy truy cập www.medicaid.la.gov để tải xuống và in các trang bổ sung hoặc tạo một bản sao của trang này và hoàn thành.



NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

TRANG NÀY ĐƯỢC
CHỦ Ý ĐỂ TRỐNG.

**TIỂU BANG LOUISIANA
CƠ QUAN ĐĂNG KÝ CỬ
TRI TỜ KHAI**

Nếu quý vị chưa đăng ký để bỏ phiếu tại nơi quý vị đang sống, quý vị có muốn đăng ký để bỏ phiếu ở đây hôm nay không? (Chọn một)

Tôi muốn đăng ký bỏ phiếu.

Tôi không muốn đăng ký bỏ phiếu.

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU MỘT TRONG HAI Ô, QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC COI LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BỎ PHIẾU TẠI THỜI ĐIỂM NÀY.

Việc đăng ký hoặc từ chối đăng ký để bỏ phiếu **sẽ không** ảnh hưởng đến số tiền hỗ trợ mà cơ quan này sẽ cung cấp cho quý vị. Quý vị có thể tìm thấy yêu cầu về tư cách hợp lệ của cử tri trong mẫu đơn đăng ký cử tri.

Lưu ý: Nếu quý vị đăng ký bỏ phiếu, địa điểm nơi quý vị nộp đơn sẽ được giữ bí mật. Nếu quý vị từ chối đăng ký để bỏ phiếu, điều này sẽ được giữ bí mật. Việc đăng ký hoặc từ chối đăng ký để bỏ phiếu sẽ **chỉ** được sử dụng cho mục đích đăng ký cử tri.

ếu quý vị muốn được giúp đỡ điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quyết định tìm kiếm hay chấp nhận sự giúp đỡ là của quý vị. Quý vị có thể bí mật điền mẫu đơn. (Chọn một)

Có, tôi cần sự giúp đỡ.

Không, tôi không cần sự giúp đỡ.

Để được hỗ trợ hoàn thành đơn đăng ký cử tri bên ngoài văn phòng của chúng tôi, hãy liên hệ với Sở Y tế Tiểu bang Louisiana và các bệnh viện theo số 1-888-342-6207.

Nếu hoàn thành bên ngoài văn phòng của chúng tôi, tờ khai này và đơn đăng ký cử tri đã hoàn thành của quý vị (nếu quý vị điền) sẽ được gửi lại cho P.O. Box 91278 Baton Rouge, LA 70821-9278.

Chữ ký hoặc Đánh dấu

Tên được Đánh máy hoặc Viết hoa

Ngày

Chữ ký của Hai Người làm chứng Nếu Ký Bằng Đánh dấu:

1) _____

2) _____

KHIẾU NẠI

Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hoặc làm đơn đăng ký để bỏ phiếu, hoặc quyền chọn đảng chính trị của quý vị hoặc ưu tiên chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Bộ trưởng Ngoại giao Tiểu bang Louisiana, Ủy viên bầu cử, P.O. Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125 hoặc bằng cách gọi số (225) 922-0900 hoặc 1-800-883-2805.

Nhận xét (dành riêng cho cơ quan chức năng):

TRANG NÀY ĐƯỢC
CHỦ Ý ĐỂ TRỐNG.



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 08/25)

QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

OFFICIAL USE ONLY: WD: _____ PCT: _____ REG. TYPE: _____ IN/OUT: _____ REG. NO. _____

Please print clearly in ink, preferably black. **Reason for Application:** New Voter Registration Updating Voter Registration

Eligibility 1. Are you a citizen of the United States of America? Yes No If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. (Please see application instructions for information regarding eligibility to register prior to age 18.)
 Will you be 18 years of age on or before election day? Yes No

Name 2. LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____
 FULL MIDDLE OR MAIDEN NAME: _____ SUFFIX (Sr., Jr., II): _____

Residence Address (Where you live and claim homestead exemption, if any)
 3. HOUSE # & STREET (NO P.O. BOX): _____ UNIT/APT #: _____
 CITY/TOWN: _____ STATE LA ZIP CODE: _____
 Check if no postal service at your residence address above and supply mailing address here.

Give Location (If Necessary)

Mailing Address (If different from Residence Address)
 HOUSE # & STREET/P.O. BOX: _____ UNIT/APT #: _____
 CITY/TOWN: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

Date of Birth 4. MM / DD / YYYY 5. *SSN XXX - XX - XXXX 6. Sex M F 7. Race (Optional) WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMERICAN INDIAN OTHER _____

Party Affiliation 8. DEMOCRAT GREEN LIBERTARIAN REPUBLICAN NO PARTY OTHER (Specify) _____
 9. **Place of Birth** CITY/TOWN: _____ STATE: _____
 PARISH/COUNTY: _____ COUNTRY: _____

Mother's Maiden Name 10. _____ 11. **Email** _____ 12. **Phone** Home: (____) _____ - _____
 Other: (____) _____ - _____

LA DL/ID Card # 13. _____ I do not have a LA DL/ID card.
 14. **Do you need assistance in voting?** No Yes, Reason: _____

Last Residence Address 15. HOUSE # & STREET: _____ STATE: _____
 CITY: _____ STATE: _____ 16. **Place of Last Registration** STATE: _____ PARISH/COUNTY: _____ 17. **Former Registered Name, if any** _____

Attestation and Signature (Read and sign or make your mark.) 18. I do hereby solemnly swear or attest that I am a United States citizen, that I am of eligible age to register to vote, that I have not been incarcerated pursuant to an order of imprisonment for conviction of a felony within the past five years, nor am I under an order of imprisonment for a felony offense of election fraud or other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$2,000 (\$5,000 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 2 years (5 years for subsequent offense), or both.
 Applicant Signature: ⊗ _____ Date: _____

Witnesses (If your signature is a mark, you must have two witnesses sign.) 19. Witness #1 Signature: ⊗ _____ Witness #1 Print Name: _____
 Witness #2 Signature: ⊗ _____ Witness #2 Print Name: _____

* If you do not have a LA driver's license or LA special ID, the last four digits of your social security number are required if you have one. Full SSN is preferred but optional.

Note: If you decline to register to vote, this fact will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you register to vote, the office where your application was submitted will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. You may request a copy of your voter registration form at any time from the registrar of voters.

OFFICIAL USE ONLY

New Registration Updated Registration: Address Change Name Change Party Change Change to Assistance in Voting Other

REMARKS: _____

CIRCLE ONE: PA MV RG SDA SS (Disability) Received by: _____ Date: _____



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 08/25)

QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

APPLICATION INSTRUCTIONS

USE THIS LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION TO: 1) register to vote; 2) change your address; 3) request a name change; 4) change party affiliation; or 5) request assistance in voting.

TO REGISTER AND BE ELIGIBLE TO VOTE, AN APPLICANT MUST: 1) be a U.S. citizen; 2) be at least 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar's Office or with an application for a Louisiana driver's license) but must be 18 years old before actually voting; 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony or, if under such an order, not have been incarcerated pursuant to the order within the last five years and not be under an order of imprisonment related to a felony conviction for election fraud or any other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2; 4) not be under a judgment of full interdiction or limited interdiction where your right to vote has been suspended; 5) reside in the state and parish in which you seek to register and vote.

Instructions: the gray section numbers on this page correspond to the gray section numbers on the application.

Reason for Application: Check "New Voter Registration" if this is a first time registration or if a new registration in a new parish after moving. Check "Updating Voter Registration" if you are making any change to your present registration. If new registration, fill out the form completely.

1. *Eligibility* - Federal law requires you to affirm that you are a citizen of the United States of America and that you will be 18 years of age on or before the election day in which you are eligible to vote. If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. If you are registering as a 16 or 17 year old, you may check "Yes" because you will not be allowed to vote until you are 18.
2. *Name* - You **must** provide your full name. Do not use nicknames or initials for middle or maiden name. *If this application is for a change of name, please also complete section 17: "Former Registered Name."*

Residence Address - "Residence Address" means the address (number, street, city, state, and zip) where you live and are registering to vote. Residence address **must** be the address where you claim homestead exemption, if any, except for a resident in a nursing home or veterans' home who may choose to use the address of the nursing home or veterans' home or the home where they have a homestead exemption. A college student may elect to use their home address or their address at school while attending. Do not use a post office box for your "Residence Address." If you use a rural route and box number, you may draw a map in box labeled "Give Location" to provide the exact location. Write in the names of the crossroads (streets) nearest to residence. Draw an X to show residence. Use a dot to show any schools, churches, stores, or landmarks near residence and write the name of the landmark.

Mailing Address - If you check that you do not receive postal service at your residence address, you **must** provide your mailing address (number, street, city, state, and zip). Otherwise, a mailing address may be provided and you may use a post office box for a mailing address.
4. *Birthdate* - Print your date of birth. *The month and day of your birth remains confidential by law.*

Social Security Number - If you do not have a LA driver's license or LA special identification card, you **must** provide the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number is preferred and may be provided on a voluntary basis and will be kept confidential. If you were not issued a social security number or a LA DL or ID and this form is submitted by mail, and you are registering to vote for the first time, in order to avoid additional identification requirements for first time voters you **must** attach one or more documents to prove your identity, residence, and date of birth. Documents may be: a) a copy of current and valid photo identification and/or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document. *Your SSN remains confidential and is only used for registration purposes.*
6. *Sex* - Check male or female (*for statistical purposes only*).
7. *Race* - Race/Ethnic origin is optional (*for statistical purposes only*).
8. *Party Affiliation* - You may choose to affiliate with the Democrat, Green, Libertarian, or Republican parties. You may specify any other party affiliation by checking "other" and then listing the party with which you wish to affiliate. If you do not want to register with a political party affiliation check "No Party." If you do not complete this section or if you write "Independent," your party affiliation will be listed as "No Party." If you are already registered with a party affiliation and no political party change is being made with this application, you may leave this section blank or re-enter your political party affiliation.
9. *Place of Birth* - Print the city/town, parish/county, state, and country of your birth place (*for statistical purposes only*).
10. *Mother's Maiden Name* - Print your mother's maiden name, which is her last name at her birth. If unknown, write "unknown."
11. *Email* - Give your email address for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Email addresses are protected from disclosure by law and are for official use only.*
12. *Phone* - Give your phone numbers for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Phone numbers are optional and a public record unless you make a request for your phone numbers to be kept confidential by election officials.*
13. *LA DL/ID Card #* - Print your LA driver's license or LA special identification card number, if issued. If you do not have one, check "I do not have a LA DL/ID card." *This ID number remains confidential and is for official use only.*
14. *Assistance in Voting Needed?* - Indicate if you will need assistance in voting by checking either the "No" or "Yes" box. If "Yes," write the reason for needing assistance. The registrar of voters in your parish may contact you for proof of disability.
15. *Place of Last Residence* - Print the address (number, street, city, and state) of your prior residence, if different from residence address in section 3 or write "Same."
16. *Place of Last Registration* - Print the state and parish (or county) of your last registration if you were registered in another parish or state prior to completing this application.

Important: *Contact the local election office in your prior state and cancel your prior registration. Registering in Louisiana does not automatically cancel or transfer your voter registration from another state.*
17. *Former Registered Name* - If you are using this application to make a name change to your registration, print your former registered name (name you are changing) in this section. If name changed by court order, provide a copy of the order with this application.
18. *Attestation and Signature* - Read the attestation and sign your full name or make your mark and print the date this application was signed and completed. *If assistance in registering is being provided, make sure the applicant understands what they are attesting and that they meet the requirements to register to vote.*
19. *Witnesses* - If you are unable to sign your name, you may make your mark, but it **must** be witnessed by two people or it is not valid. Whenever a document required or provided for in the Louisiana Election Code is required to be witnessed, the witness shall be at least 18 years of age (R.S. 18:4(A)).

Mailing Instructions - If returned by mail, place in an envelope and mail to your Registrar of Voters Office. You can find your registrar of voters mailing address on the Registrar of Voters Address Page, by visiting our website at www.geauxvote.com or by calling toll free at 1-800-883-2805. Your application or envelope **must** be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote. **Online Voter Registration** - Voter registration is also available at www.geauxvote.com and you may register online before the 20th day prior to the election. Please call your registrar of voters if you do not receive your voter information card two weeks after registering.