Washington State Health Care Authority

Đơn Xin Hưởng Các Phúc Lợi Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Apple Health dành cho Trẻ Em

Application for Apple Health for Kids Benefits

Washington Apple Health for Kids

Đơn xin này nói về bao phí y tế chỉ dành cho trẻ em và thanh thiếu niên dưới 19 tuổi. Nếu quý vị có các thắc mắc hoặc muốn giúp điền vào hồ sơ này, chỉ cần gọi 1-877-543-7669. Chúng tôi sẽ sẵn lòng trợ giúp quý vị! Gởi đơn đã hoàn tất đến MEDS, PO Box 45531, Olympia, WA 98504-5531.

(Liệt kê cha/mẹ, người giám hộ hoặc người liên hệ sẽ nhận thông tin theo dõi.)

1. TÊN		TÊN LÓT	HỌ	
2. ĐỊA CHỈ NƠI QUÝ VỊ SINH SỐNG	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
3. ĐỊA CHỈ GỞI THƯ (NẾU KHÁC)		THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
4. SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ ( )	SỐ ĐIỆN THOẠI NƠI LÀM VIỆC ( )	SỐ ĐIỆN THOẠI NHẮN TIN ( )	ĐỊA CHỈ E-MAIL	

5. Tất cả mọi người đang nộp đơn xin hưởng các phúc lợi có là cư dân của Tiểu Bang Washington không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, liệt kê ai không phải là cư dân

6. Quý vị có gặp khó khăn khi nói, đọc hoặc viết Tiếng Anh và có cần một phiên dịch viên không? ☐ Có ☐ Không
Ngôn ngữ hoặc hình thức lựa chọn nào quý vị cần?

7. Quý vị có cần giúp chi trả các hóa đơn y tế chưa trả trong vòng 3 tháng qua cho bất kỳ trẻ nào mà quý vị đang nộp đơn xin không?
☐ Có ☐ Không

8. Có bất kỳ ai trong nhà quý vị đang mang thai? ☐ Có ☐ Không Nếu có, ai? Ngày Sinh:

Thông Tin Chung

9. Liệt kê các thành viên trong gia đình **đang sống chung với nhau.** (Nếu cần, đính kèm một tờ giấy riêng để liệt kê thêm các thành viên trong gia đình).

TÊN (TÊN, TÊN LÓT,HỌ)	GIỚI TÍNH NAM/NỮ	QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM)	TÙY CHỌN CHO NHỮNG NGƯỜI KHÔNG NỘP ĐƠN				
				SỐ AN SINH XÃ HỘI	ĐÁNH DẤU NẾU LÀ NGOẠI KIỀU HỢP PHÁP	ĐÁNH DẤU NẾU LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ	CHỦNG TỘC*(XEM CÁC VÍ DỤ DƯỚI ĐÂY)	TÊN BỘ LẠC (Dành cho Người Mỹ Da Đỏ, Bản Xứ Alaska)
A.Cha/Mẹ, Người Giám Hộ hoặc Bản Thân					☐	☐		
B.Vợ/Chồng hoặc Cha/Mẹ Khác (nếu đang sống trong gia đình)					☐	☐		
C.Liệt kê Trẻ Em & Thanh Thiếu Niên Dưới 19 Tuổi **(ai cần các phúc lợi y tế)**					☐	☐		
D.					☐	☐		
E.					☐	☐		
F.					☐	☐		
G.Liệt kê Bất Kỳ Người Lớn/Trẻ Em nào trong Gia Đình mà không cần các phúc lợi y tế.								

* Thông tin cơ bản về Chủng Tộc và Dân Tộc là tự nguyện. Các ví dụ về chủng tộc: Trắng, Đen hoặc Mỹ Gốc Phi Châu, Á Châu, Bản Xứ Hawai, Người Đảo Thái Bình Dương, Mỹ Da Đỏ, Bản Xứ Alaska hoặc bất kỳ các hợp chủng tộc nào. Thông tin này sẽ không được sử dụng khi xem xét việc hội đủ điều kiện của quý vị để hưởng các phúc lợi.

Chi Phí - Thông Tin này có thể trợ giúp các con quý vị có đủ tư cách. Quý vị có chi trả các chi phí sau đây không?

10. Quý vị có chi trả dịch vụ chăm sóc trẻ em hoặc chăm sóc người lớn phụ thuộc trong khi quý vị làm việc hoặc quý vị có chi trả cấp dưỡng con theo lệnh tòa cho một trẻ không sống trong gia đình quý vị không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, bao nhiêu mỗi tháng? $ Cho ai?

Barcode label

14380

Thu Nhập – Nhập TỔNG chi trả (trước thuế hoặc chi phí).		**(Xin đính kèm bằng chứng thu nhập mới đây)**
11. TÊN SỞ LÀM CỦA CHA/MẸ	SỐ ĐIỆN THOẠI ( )	NGÀY BẮT ĐẦU
12. Số tiền quý vị nhận được hàng tháng trước thuế và chi phí đã được lấy ra: $		
13. VỢ/CHỒNG (HOẶC CHA/MẸ KHÁC ĐANG SỐNG TRONG NHÀ) TÊN SỞ LÀM	SỐ ĐIỆN THOẠI ( )	NGÀY BẮT ĐẦU
14. Số tiền vợ/chồng của quý vị (hoặc cha/mẹ khác đang sống trong gia đình) nhận hàng tháng trước thuế và chi phí được lấy ra: $		

* Nếu tự làm chủ, quý vị có thể xác minh thu nhận và chi phí bằng bảng khai thuế thu nhập gần đây nhất của quý vị, bao gồm tất cả các bản liệt kê và đính kèm nếu nó đại diện cho khoản thu nhập hiện thời/dự kiến.

Thu Nhập Khác Của Hộ Gia Đình	Số Tiền Trung Bình Được Nhận Hàng Tháng	Thành Viên Nào Trong Gia Đình Kiếm Được Khoản Thu Nhập Này?	Thu Nhập Khác Của Hộ Gia Đình	Số Tiền Trung Bình Được Nhận Hàng Tháng	Thành Viên Nào Trong Gia Đình Kiếm Được Khoản Thu Nhập Này?
15. Cấp Dưỡng Con/Cấp Dưỡng Vợ Sau Khi Ly Dị	$		16. Chi Trả An Sinh Xã Hội	$	
17. Trợ Cấp Thất Nghiệp	$		18. Phúc Lợi Cựu Chiến Binh	$	
19. Lao Động & Kỹ Nghệ	$		20. Cổ Tức/ Lãi Từ Thu (Nhập Đầu Tư)	$	
21. Khác (Xin Giải Thích):				$	

Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế - Nói cho chúng tôi biết bất kỳ bảo hiểm y tế nào mà các con quý vị đã có.

22A. Bất kỳ **các trẻ** nào mà quý vị đang nộp đơn xin đã có bảo hiểm y tế không ? ☐ Có ☐ Không	22B. Nếu "Có", bảo hiểm y tế đó có bao gồm các dịch vụ bác sĩ, bệnh viện, tia x (x quang) và xét nghiệm không? ☐ Có ☐ Không	23A. **Các trẻ** của quý vị đã được bao trả bởi bảo hiểm y tế liên quan đến công việc trong 4 tháng qua không? ☐ Có ☐ Không	23B. Nếu "Có", liệt kê số tiền phí bảo hiểm hàng tháng dành cho các trẻ: $

24. Nếu quý vị đã đánh dấu "Có" cho bất kỳ câu hỏi nào trên đây (22 A hoặc B hoặc 23 A hoặc B), xin liệt kê tên của công ty bảo hiểm hoặc của sở làm cung cấp bảo hiểm y tế cho các con quý vị.

CÔNG TY BẢO HIỂM HOẶC SỞ LÀM	SỐ HỢP ĐỒNG	TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG	SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA CHỦ HỢP ĐỒNG (TÙY CHỌN)

Người Đại Diện Được Ủy Quyền Tùy Chọn (Một người nào đó quý vị cho phép bộ nói chuyện về các phúc lợi của quý vị/nhận được thư).

Nếu quý vị muốn định rõ một người đại diện, chọn một tùy chọn dưới đây và hoàn tất thông tin của người đại diện.

☐ Nói cho cơ quan biết về các phúc lợi của quý vị; không nhận được thư nào. ☐ Nói cho cơ quan biết về các phúc lợi của quý vị và nhận được thư.

TÊN/TỔ CHỨC			SỐ ĐIỆN THOẠI
ĐỊA CHỈ GỞI THƯ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN

Đọc Cẩn Thận Trước Khi Ký Tên

Đơn này nói về các phúc lợi y tế chỉ dành cho trẻ em. Nếu bất kỳ người nào trong gia đình của quý vị đã nhận được, hoặc muốn nộp đơn xin hưởng các phúc lợi tiền mặt, thực phẩm cơ bản hoặc các phúc lợi khác, xin liên hệ Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng DSHS (CSO) tại địa phương quý vị.

- Cơ Quan hoặc người được chỉ định của Cơ Quan có thể yêu cầu quý vị chứng minh thông tin mà quý vị đang cung cấp để cho biết quý vị có hội đủ điều kiện hay không. Quý vị có thể yêu cầu Cơ Quan hoặc người được chỉ định của Cơ Quan trợ giúp để lấy bằng chứng.
- Thông tin của quý vị có thể được các cơ quan tiểu bang hoặc liên bang tái xét. Thông tin này sẽ KHÔNG được chia sẻ với Sở Di Trú và Nhập Tịch (INS).
- Theo yêu cầu và nhận các phúc lợi chăm sóc sức khỏe, quý vị cung cấp tiểu bang Washington tất cả các quyền về bất kỳ cấp dưỡng y tế nào và bất kỳ các khoản chi trả chăm sóc sức khỏe nào của bên thứ ba.
- Cơ Quan có thể chia sẻ quá trình chủng ngừa của con quý vị với Hệ Thống Theo Dõi Danh Sách Chủng Ngừa Cho Trẻ Em.

CAM KẾT VÀ KÝ TÊN

Tôi đã đọc và hiểu biết thông tin trong đơn này. Tôi cam kết, theo hình phạt của khai man, thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ với sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN	NGÀY