Washington State Health Care Authority

Đơn Xin Dịch Vụ Kế Hoạch Gia Đình Từ Chương Trình Take Charge

Fax Đơn Điền Đầy Đủ Đến 1-866-841-2267

TÊN Y VIỆN	SỐ ĐIỆN THOẠI Y VIỆN

1. TÊN GỌI	TÊN ĐỆM TẮT	HỌ

2. ĐỊA CHỈ NƠI QUÝ VỊ SINH SỐNG	ĐƯỜNG	CHUNG CƯ#	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ SỐ BƯU CHÍNH

3. ĐỊA CHỈ THƯ TÍN (nếu khác với địa chỉ trên):	ĐƯỜNG	CHUNG CƯ#	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ SỐ BƯU CHÍNH

4. SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ, DI ĐỘNG, ƯA CHUỘNG	SỐ ĐIỆN THOẠI SỞ LÀM/NHẮN TIN	ĐỊA CHỈ ĐIỆN THƯ

5. Quý vị có gặp khó khăn khi nói, đọc, hoặc viết tiếng Anh không? ❑ Có ❑ Không	Quý vị có cần thông dịch viên không? ❑ Có ❑ Không	Quý vị nói ngôn ngữ gì?

THÔNG TIN TỔNG QUÁT

GIỚI TÍNH ❑ Nam ❑ Nữ	NGÀY SINH	Quý vị có dự tính dùng biện pháp ngừa thai để tránh mang thai ngoài ý muốn không? ❑ Có ❑ Không **Nếu không, quý vị không hội đủ điều kiện.**
SỐ AN SINH XÃ HỘI	Công Dân hoặc Dân Tộc Hoa Kỳ? ❑ Có ❑ Không	Nếu quý vị không phải là công dân hoặc dân tộc Hoa Kỳ, và quý vị là ngoại kiều có giấy tờ, hãy nộp một bản sao các giấy tờ di trú của quý vị.

6. Để xác định khả năng hội đủ điều kiện hưởng chương trình này, chúng tôi cần biết số người trong gia đình quý vị (vợ/chồng và/hoặc trẻ em còn phụ thuộc từ 18 tuổi trở xuống đang sống với quý vị). Tính luôn quý vị, có bao nhiêu người trong gia đình quý vị?_____

7. Nếu quý vị hiện kết hôn và sống với vợ/chồng, hãy viết tên vợ/chồng và Số An Sinh Xã Hội (SSN).

(Tên Gọi, Tên Đệm, Họ):_____ SSN:_____

THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ

8. Quý vị có bảo hiểm y tế riêng không? ❑ Có ❑ Không **Nếu có, hãy cung cấp thông tin sau đây:**

TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM	
ĐỊA CHỈ CÔNG TY BẢO HIỂM	
TÊN NGƯỜI GIỮ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	
SỐ ID CỦA NGƯỜI GIỮ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM HOẶC SỐ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	

Tôi hiểu chương trình TAKE CHARGE của Medicaid luôn là cơ quan thanh toán chi phí cuối cùng. Tôi hiểu trước hết công ty bảo hiểm của tôi sẽ nhận hóa đơn cho các dịch vụ TAKE CHARGE mà tôi nhận được trừ phi:

❑ Tôi từ 18 tuổi trở xuống và cha mẹ tôi **không** biết tôi đang xin các dịch vụ kế hoạch gia đình. Tôi muốn giữ kín các dịch vụ tôi nhận.

HOẶC

❑ Tôi là nạn nhân bạo hành gia đình và tôi được bảo hiểm y tế của người bạo hành đài thọ.

NGUỒN GỐC CHỦNG TỘC/DÂN TỘC

9. Chúng tôi đề nghị quý vị tự nguyện cho chúng tôi biết nguồn gốc chủng tộc hoặc dân tộc của quý vị. Thông tin này sẽ không được sử dụng để xem xét điều kiện hưởng các dịch vụ.

❑ Da Trắng ❑ Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi ❑ Việt Nam/Lào/Cam Bốt ❑ Người Á Châu Khác Hoặc Đảo Thái Bình Dương

❑ Tây Ban Nha ❑ Thổ Dân Da Đỏ hoặc Alaska; tên bộ lạc:_____

❑ Chủng tộc khác:_____

KHÔNG BẮT BUỘC CHỌN NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐỂ ỦY QUYỀN (AREP)

(AREP là một người quý vị cho phép bộ nói chuyện với họ về những phúc lợi của quý vị, và/hoặc nhận thư từ Take Charge cho quý vị.) Để chỉ định một AREP, xin điền những thông tin bên dưới.

TÊN/TỔ CHỨC	SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ THƯ TÍN	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐTIỂU BANG	TIỂU BANG	MÃ SỐ BƯU CHÍNH

❑ Gửi thư từ TAKECHARGE đến địa chỉ thư tín **của tôi**. ❑ Gửi thư từ TAKE CHARGE đến địa chỉ của AREP này.

TÊN THÂN CHỦ	SỐ AN SINH XÃ HỘI

LỢI TỨC

Quý vị có bỏ việc hoặc mất việc trong 90 ngày vừa qua không? ❑ Có ❑ Không Nếu có, ngày chấm dứt việc làm_____	**Vợ/Chồng của quý vị** có bỏ việc hoặc mất việc trong 90 ngày vừa qua không? ❑ Có ❑ Không Nếu có, ngày chấm dứt việc làm_____

LỢI TỨC CỦA QUÝ VỊ TỪ VIỆC LÀM/CÔNG VIỆC TỰ LÀM CHỦ		LỢI TỨC CỦA VỢ/CHỒNG TỪ VIỆC LÀM/CÔNG VIỆC TỰ LÀM CHỦ	
CÔNG TY HIỆN TẠI	SỐ ĐIỆN THOẠI	CÔNG TY HIỆN TẠI	SỐ ĐIỆN THOẠI
TỔNG SỐ TIỀN LƯƠNG HÀNG THÁNG CỦA QUÝ VỊ TRƯỚC KHI TRỪ THUẾ VÀ CHI PHÍ		TỔNG SỐ TIỀN LƯƠNG HÀNG THÁNG CỦA VỢ/CHỒNG QUÝ VỊ TRƯỚC KHI TRỪ THUẾ VÀ CHI PHÍ	
CÔNG TY HIỆN TẠI	SỐ ĐIỆN THOẠI	CÔNG TY HIỆN TẠI	SỐ ĐIỆN THOẠI
TỔNG SỐ TIỀN LƯƠNG HÀNG THÁNG CỦA QUÝ VỊ TRƯỚC KHI TRỪ THUẾ VÀ CHI PHÍ		TỔNG SỐ TIỀN LƯƠNG HÀNG THÁNG CỦA VỢ/CHỒNG QUÝ VỊ TRƯỚC KHI TRỪ THUẾ VÀ CHI PHÍ	

Nếu quý vị hoặc vợ/chồng quý vị hiện làm việc cho hơn hai công ty, xin kèm thêm thông tin trên một tờ giấy khác.

LỢI TỨC KHÁC	SỐ TIỀN	QUÝ VỊ NHẬN LỢI TỨC NÀY THƯỜNG XUYÊN NHƯ THẾ NÀO?	NGƯỜI NÀO TRONG GIA ĐÌNH NHẬN LỢI TỨC NÀY?
10. Trợ giúp từ cha mẹ, thân nhân khác, học bổng hoặc tiền vay			
11. Trợ cấp nuôi con hoặc trợ cấp vợ/chồng			
12. Trợ cấp An Sinh Xã Hội			
13. Trợ cấp thất nghiệp			
14. Trợ cấp cựu chiến binh/gia đình quân nhân			
15. Sở Lao Động và Công Nghệ			
16. Lợi tức đầu tư			
17. Nguồn lợi tức hoặc trợ giúp tài chính khác			

CHI PHÍ

18. Quý vị có trả tiền giữ trẻ hoặc chăm sóc người lớn phụ thuộc trong lúc quý vị làm việc không? ❑ Có ❑ Không Nếu có, số tiền hàng tháng:_____

19. Quý vị có trả tiền cấp dưỡng cho trẻ em không sống trong nhà quý vị không? ❑ Có ❑ Không Nếu có, số tiền hàng tháng:_____

Đọc Kỹ Trước Khi Ký Tên Bên Dưới

Tôi hiểu rằng:

- HCA có thể yêu cầu tôi chứng minh thông tin tôi cung cấp. HCA có thể giúp tôi lấy bằng chứng hoặc liên lạc với các cơ quan hoặc người khác.
- Thông tin của tôi có thể được các cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang xét duyệt. Thông tin này sẽ KHÔNG được chia sẻ với U.S. Customs and Immigration Services (USCIS – Cục Hải Quan và Di Trú Hoa Kỳ).
- Khi xin và nhận các phúc lợi chăm sóc y khoa, tôi chuyển nhượng cho tiểu bang Washington tất cả các quyền hạn đối với trợ cấp y tế, và mọi khoản tiền thanh toán dịch vụ chăm sóc y khoa cho bên thứ ba.
- Tôi hiểu đơn xin này chỉ dành cho dịch vụ kế hoạch gia đình để tránh mang thai. Nếu tôi cần các dịch vụ y khoa khác, trợ cấp tài chính, hoặc phiếu thực phẩm, tôi phải nộp đơn qua DSHS Community Services Office (Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng DSHS).

CÔNG BỐ VÀ CHỮ KÝ

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trong đơn này. Tôi công bố trước hình phạt khai man rằng thông tin tôi cho biết trong đơn xin này là sự thật, chính xác, và đầy đủ theo khả năng hiểu biết tốt nhất của tôi.

CHỮ KÝ CỦA ĐƯƠNG ĐƠN	NGÀY