Washington State Health Care Authority

Đơn Xin Phúc Lợi Y Tế cho Thai Kỳ
Application for Pregnancy Medical Benefits

1. TÊN	TÊN LÓT VIẾT TẮT	HỌ		
2. ĐỊA CHỈ NƠI QUÝ VỊ SỐNG	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	KHU BƯU CHÍNH
3. ĐỊA CHỈ GỞI THƯ (NẾU KHÁC)	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	KHU BƯU CHÍNH

4. CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI / ĐỊA CHỈ E-MAIL

SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ / DI ĐỘNG ƯA THÍCH

SỐ SỞ LÀM / NHẮN TIN

ĐỊA CHỈ E-MAIL

5.

	CÓ	KHÔNG
Quý vị có bị trở ngại nói, đọc hay viết tiếng Anh không	☐	☐
Quý vị có cần một thông dịch viên không? (Nếu có, chúng tôi sẽ giao tiếp qua một thông dịch viên)	☐	☐

Quý vị nói tiếng gì?

6. Ngày mong sinh con: _____ Nếu không biết, xin ước lượng: _____

Đã xác minh thai kỳ bằng cách nào: ☐ Xét nghiệm tại nhà ☐ Bác Sĩ ☐ Bộ Y Tế

☐ Cách khác: _____

7. Người phụ nữ có thai này có một tình trạng y tế nào cần được quan tâm ngay không? ☐ Có ☐ Không

Thông Tin Tổng Quát

8. Liệt kê chính quý vị và mọi người đang sống tại địa chỉ của quý vị. Dùng tên hợp pháp. Đừng dùng tên riêng. Nếu quý vị không biết một Số An Sinh Xã Hội nào, hãy để trống phần đó.

TÊN (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)	GIỚI TÍNH NAM Hay NỮ	QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM)	SỐ AN SINH XÃ HỘI	CÔNG DÂN MỸ CÓ KHÔNG	NƠI SINH (THÀNH PHỐ/TIỂU BANG)	HOÀN TẤT NẾU **KHÔNG PHẢI** LÀ MỘT CÔNG DÂN MỸ: LIỆT KÊ NGÀY ĐẾN MỸ.	HOÀN TẤT NẾU **KHÔNG PHẢI** LÀ MỘT CÔNG DÂN MỸ: QUÝ VỊ CÓ MỘT NGƯỜI BẢO TRỢ KHÔNG? CÓ KHÔNG
A.		**CHÍNH MÌNH**			☐ ☐			☐ ☐
B.					☐ ☐			☐ ☐
C.					☐ ☐			☐ ☐
D.					☐ ☐			☐ ☐
E.					☐ ☐			☐ ☐
F.					☐ ☐			☐ ☐

Xin kèm theo bất cứ chứng từ nào tường trình tình trạng di trú.

Thông Tin về Bảo Hiểm Y Tế và Sức KHỏe

9. Quý vị có bảo hiểm sức khỏe rồi chưa? ☐ Có ☐ Không Nếu có, chúng tôi có thể trả phần bảo phí.

Nếu quý vị đã đánh "có", liệt kê tên công ty bảo hiểm hay cơ sở làm việc của quý vị, số chính sách và tên và số an sinh xã hội của người đứng tên bảo hiểm. Cho dù quý vị có bảo hiểm rồi, quý vị vẫn có thể hợp lệ cho các phúc lợi về y tế.

CÔNG TY BẢO HIỂM HAY CƠ SỞ LÀM VIỆC	SỐ CHÍNH SÁCH	TÊN NGƯỜI ĐỨNG TÊN BẢO HIỂM	SSN CỦA NGƯỜI ĐỨNG TÊN BẢO HIỂM

10. Có ai trong nhà đã nhận các dịch vụ y tế trong vòng ba (3) tháng qua gồm luôn các Dịch Vụ Hỗ Trợ Sản Phụ và/hoặc việc Quản Trị Hồ Sơ Sản Phụ không? ☐ Có ☐ Không

Barcode label

14429

Lợi Tức

Lợi tức của quý vị từ việc làm/ tự làm chủ	Lợi tức của người phối ngẫu từ việc làm/ tự làm chủ
11. Tên và số điện thoại chủ cơ sở	13. Tên và số điện thoại chủ cơ sở
12. Lợi tức ròng trước thuế hay chi phí: _____ ☐ Hàng tuần ☐ Mỗi hai tuần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng **Số giờ làm việc mỗi tuần:**	13. Lợi tức ròng trước thuế hay chi phí: _____ ☐ Hàng tuần ☐ Mỗi hai tuần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng **Số giờ làm việc mỗi tuần:**

LỢI TỨC KHÁC	SỐ TIỀN	MỨC ĐỘ THƯỜNG XUYÊN QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC LỢI TỨC NÀY RA SAO?	NGƯỜI NÀO TRONG GIA ĐÌNH CÓ LỢI TỨC NÀY?
15. Cấp dưỡng con nhỏ hoặc vợ chồng			
16. Tiền lãnh An Sinh Xã Hội			
17. Các phúc lợi thất nghiệp			
18. Các phúc lợi cựu chiến binh/biên chế quân đội			
19. Lao Động và Kỹ Nghệ			
20. Lợi Tức Đầu Tư/Lợi Tức Khác (giải thích):			

Các Chi Phí

	CÓ	KHÔNG	NẾU CÓ, SỐ TIỀN
9. Quý vị có trả tiền giữ trẻ hay săn sóc người lớn lệ thuộc trong lúc làm việc không?	☐	☐	_____
10. Quý vị có trả tiền cấp dưỡng con nhỏ cho một đứa con hiện không đang sống trong nhà quý vị không?	☐	☐	_____

Nguồn Gốc Chủng Tộc/Sắc Tộc

Chúng tôi yêu cầu quý vị tình nguyện cho chúng tôi biết nguồn gốc chủng tộc hay sắc tộc của quý vị. Thông tin này sẽ không được dùng để cân nhắc tiêu chuẩn hợp lệ cho các phúc lợi của quý vị.

☐ Da Trắng ☐ La Tinh ☐ Da Đỏ hay Thổ Dân Alaska; tên bộ lạc: _____

☐ Việt Nam/Lào/Cam Pu Chia ☐ Các nước Á Châu khác hay người Đảo Thái Bình Dương ☐ Dân tộc khác: _____

Đọc Kỹ Trước Khi Ký Phía Dưới

Tôi hiểu rằng:

- Tôi phải báo ngay cho Cơ Quan hoặc người được chỉ định của Cơ Quan biết, bằng văn bản hoặc điện thoại, bất cứ sự thay đổi nào trong hoàn cảnh của tôi. Báo cáo trễ có thể làm sai lệch các phúc lợi.
- Hoàn cảnh của tôi phải chịu xác minh bởi Cơ Quan hay các cơ quan của tiểu bang hoặc liên bang khác.
- Tôi phải cung cấp bằng chứng là tôi hợp lệ để được giúp đỡ. Cơ Quan hoặc người được chỉ định của Cơ Quan có thể giúp tôi lấy bằng chứng hay liên lạc những người hoặc cơ quan khác để lấy bằng chứng.
- Qua việc xin hoặc nhận các phúc lợi về chăm sóc y tế, tôi chỉ định cho tiểu bang Washington tất cả các quyền hạn với bất cứ hỗ trợ y tế nào, và với việc chi trả cho bất cứ đệ tam nhân nào cho sự chăm sóc y tế.
- Cơ Quan có thể dùng chung bản tiểu sử chủng ngừa của con tôi cùng với Hệ Thống Theo Dõi việc Chủng Ngừa với Bản Sơ Lược về Đứa Trẻ của Bộ Y Tế cho các mục đích kết nối với việc quản trị của các chương trình y tế.
- **Tôi hiểu rằng đơn này là cho các phúc lợi y tế chỉ dành cho phụ nữ mang thai mà thôi. Nếu gia đình tôi cần trợ cấp tài chánh hoặc tem phiếu thực phẩm, thì chúng tôi phải nộp đơn qua một Văn Phòng Các Dịch Vụ Cộng Đồng của DSHS.**

Phần Tuyên Bố và Chữ Ký

Tôi đã đọc và hiểu các thông tin trong đơn này. Tôi tuyên bố, dưới hình phạt khai man rằng, các thông tin mà tôi đưa ra trong đơn này đều thực, đúng, và hoàn chỉnh với kiến thức tốt nhất của tôi.

CHỮ KÝ ĐƯƠNG ĐƠN	NGÀY

Việc kỳ thị bị ngăn cấm trong tất cả các chương trình và hoạt động được điều hành bởi Cơ Quan hoặc người được chỉ định của Cơ Quan. Không ai bị loại trừ ra khỏi các chương trình và hoạt động này trên căn bản chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, chính kiến, nguyên quán, tôn giáo, tuổi tác, giới tính hoặc khuyết tật.