



# Các Lợi ích của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Oregon

## Gia hạn - PHẦN 2

Chỉ sử dụng Phần 2 nếu quý vị không có bất cứ thông tin nào mới trong phần *Tóm tắt về Gia hạn Trợ cấp Y tế* của mình. Thông tin mới có thể là khi có người mới dọn vào hay dọn ra khỏi nhà quý vị, bắt đầu một việc làm mới hoặc có địa chỉ mới. Vui lòng xem *Gia hạn Trợ cấp Y tế - Phần 1* để có danh sách đầy đủ các thay đổi.

Một bản *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* đã được gửi cùng với mẫu này. Bản hướng dẫn này có thông tin hữu ích về cách trả lời các câu hỏi trong mỗi phần. Quý vị cũng có thể tìm bản hướng dẫn này trên mạng tại [www.OHP.oregon.gov](http://www.OHP.oregon.gov).

### Mục lục

<b>Bước 1 - Thay đổi về hộ gia đình</b> .....	<b>3</b>
<b>Bước 2 - Thêm câu hỏi cho hộ gia đình quý vị</b> .....	<b>6</b>
<b>Bước 3</b> .....	<b>10</b>
Tình trạng khai thuế, 10	
Thu nhập từ việc làm, 11	
Thu nhập từ các nguồn khác, 12	
Các khoản khấu trừ, 13	
Thu nhập hàng năm, 14	
<b>Bước 4 - Các bảo hiểm y tế khác</b> .....	<b>15</b>
<b>Bước 5 - Phần câu hỏi về nhân khẩu học để giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn (KHÔNG BẮT BUỘC)</b> .....	<b>17</b>
<b>Bước 6 - Các câu hỏi khác</b> .....	<b>19</b>
<b>Bước 7 - Đọc và ký tên</b> .....	<b>20</b>
<b>Phụ lục A - Cơ quan Phục vụ Người cao niên và Người khuyết tật (KHÔNG BẮT BUỘC)</b> .....	<b>24</b>
<b>Phụ lục B - Bảo hiểm của chủ lao động</b> .....	<b>27</b>

# Các Lợi ích của Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Oregon Gia hạn - PHẦN 2



**Thông tin bắt buộc** - Những câu hỏi được đánh dấu ngôi sao "★" là bắt buộc. Nếu quý vị không trả lời những câu hỏi có dấu "★", việc xử lý đơn đăng ký của quý vị sẽ bị trì hoãn.

★ **Số ID hồ sơ (Case ID) của quý vị là gì?** ID hồ sơ của quý vị được liệt kê trong thư đi kèm với mẫu này.

Mã số hồ sơ:

Tên chính thức:

Họ chính thức:

Ngày sinh:

★ **Một người trong gia đình tôi hiện đang (đánh dấu tất cả những câu trả lời thích hợp):**

- Mang thai
- Có nhu cầu y tế hoặc sức khỏe hành vi khẩn cấp
- Hiện đang ở tù/nhà giam
- Đáp ứng một trong các điều kiện sau đây:
  - Cần được trợ giúp trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (như tắm, mặc quần áo, vv); HOẶC
  - Đang sinh sống trong một cơ sở y tế hoặc nhà dưỡng lão
- Là một trong những trường hợp sau đây:
  - Là thành viên đã ghi danh của một bộ lạc được chính phủ liên bang công nhận, hoặc là cổ đông trong một Công ty thuộc Thổ địa Alaska; HOẶC
  - Hiện đang nhận hoặc đủ điều kiện để nhận dịch vụ từ Chương trình Dịch vụ Y tế Dành cho Người Mỹ Bản Xứ (Indian Health Services), các Phòng khám Sức khỏe của Bộ lạc (Tribal Health Clinics), hoặc các Phòng khám Sức khỏe vùng Đô thị của Bộ lạc (Urban Indian Clinics)

Một bản *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* đã được gửi cho quý vị cùng với mẫu này. Bản hướng dẫn này có thông tin hữu ích về cách trả lời các câu hỏi trong mỗi phần. Quý vị cũng có thể tìm bản hướng dẫn này trên mạng tại [www.OHP.Oregon.gov](http://www.OHP.Oregon.gov).

Nếu quý vị cần liệt kê nhiều người, vui lòng sao chép Bước 1 và đính kèm các tờ bổ sung.

★ **1. Có phải quý vị đang thêm vào hoặc loại một ai đó khỏi hộ gia đình của mình, hoặc quý vị đang xin trợ cấp cho một ai đó trong hộ gia đình hiện không được hưởng trợ cấp?**

KHÔNG, sang **Bước 2** (trang 6)

CÓ, vui lòng cung cấp thông tin về người đó dưới đây. *Viết tên của họ giống như tên trên thẻ an sinh xã hội, nếu họ có.*

**Tên chính thức:**

**Họ chính thức:**

**Tên lót viết tắt: Tên thường gọi:**

★ **2. Ngày sinh:** / /

**3. Bản sắc giới tính:**  Nam  Nữ  Nam chuyển giới (nữ sang nam)  Nữ chuyển giới (nam sang nữ)  Không được liệt kê  
 Không phân biệt nam nữ/Hai linh hồn  Từ chối trả lời  Khác:

★ **4. Người được liệt kê trong câu hỏi số 1:**

**Đã nằm trong hộ gia đình của tôi và muốn đăng ký xin bảo hiểm.** Sang **Bước 2** (trang 6).

**Không còn trong hộ gia đình của tôi.** Nếu người này không còn là thành viên trong hộ gia đình của quý vị, cho chúng tôi biết lý do tại sao, sau đó sang **Bước 2** (trang 6). Đừng liệt kê những ai đang vắng mặt tạm thời (ví dụ như đang đi học, tham gia quân sự, đi công tác, hoặc đang nằm bệnh viện) và dự định sẽ quay trở lại. **Lý do:**

Đã vĩnh viễn dọn đi nơi khác hoặc rời hộ gia đình (vì ly hôn hoặc lý do khác)

Đã qua đời

Đang ở trong tù, nhưng khi ra tù sẽ trở về đây:

Ngày đầu: / /

Ngày dự tính sẽ ra tù: / /

**Đã gia nhập gia đình của tôi** (tính cả những người mà quý vị bao gồm trong thủ tục khai thuế thu nhập liên bang của quý vị). Nếu người này gia nhập gia đình quý vị, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây và sau đó sang **câu hỏi 6**.

**Giới tính như được ghi trên giấy khai sinh:**  Nam  Nữ

**Quan hệ giữa người này và quý vị và mọi người khác trong hộ gia đình của quý vị** (Ví dụ: Tim là anh/em trai của John, Tim là con trai của Gene, v.v.)

---



---



---



---



---

- ★ 5. **Nếu người này muốn xin trợ cấp y tế OHP, họ có số An sinh Xã hội (SSN) không?** Tất cả những người muốn xin trợ cấp y tế mà có số SSN đều phải cung cấp số SSN của mình. Quý vị không bắt buộc phải cho chúng tôi SSN nếu người này không đăng ký. Nhưng việc cung cấp số SSN có thể giúp rút ngắn thời gian xử lý hồ sơ.

Nếu quý vị cần trợ giúp để có SSN, chúng tôi có thể giúp quý vị. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số **1-800-699-9075**. Quý vị cũng có thể truy cập **www.socialsecurity.gov** hoặc gọi cho Sở An sinh Xã hội (Social Security Administration) theo số **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).

**Người này có cung cấp SSN không?**

- CÓ, SSN của họ là gì:
- KHÔNG, cho chúng tôi biết tại sao không:  Đã đăng ký xin SSN nhưng chưa nhận được  Trẻ sơ sinh không có SSN
- Có SSN nhưng không biết nó là gì  Không có SSN nhưng sẽ đăng ký xin
- Không có SSN vì lý do tôn giáo
- Có SSN nhưng không muốn cung cấp (*sự lựa chọn này sẽ khiến người này bị từ chối trợ cấp*)
- Khác  Không xin trợ cấp

6. **Người này có cần nhận các tài liệu bằng định dạng khác không?**  CÓ, đánh dấu một ô bên dưới.  KHÔNG

Bản in khổ chữ lớn  Âm thanh  Chữ nổi  Đĩa máy tính  Thuyết trình

- ★ 7. **Cá nhân này muốn chúng tôi liên lạc bằng ngôn ngữ nào trong mỗi trường hợp sau:**

Viết thư cho họ? \_\_\_\_\_

Nói chuyện với họ? \_\_\_\_\_

- ★ 8. **Người này có đang đăng ký xin bảo hiểm OHP không?**

- CÓ, sang câu hỏi số 10.
- KHÔNG. Sang **Bước 2** (trang 6).

- ★ 9. **Người này có phải là thành viên của một bộ lạc được chính phủ liên bang công nhận, hoặc là cổ đông trong một Công ty thuộc Thổ địa Alaska không?**  CÓ  KHÔNG

**NẾU CÓ**, vui lòng cho chúng tôi biết tên của bộ lạc: \_\_\_\_\_

- ★ 10. **Người này có đang nhận dịch vụ từ Chương trình Dịch vụ Y tế Dành cho Người Mỹ Bản Xứ (Indian Health Services), các Phòng khám Sức khỏe của Bộ lạc (Tribal Health Clinics), hoặc các Phòng khám Sức khỏe vùng Đô thị của Bộ lạc (Urban Indian Clinics) không?**  CÓ  KHÔNG

- ★ 11. **Người này có cha mẹ hay ông bà đang là thành viên của một bộ lạc được chính phủ liên bang công nhận, hoặc là cổ đông trong một Công ty hoặc Làng thuộc Thổ địa Alaska không?**  CÓ  KHÔNG

- ★ 12. **Người này có phải là Công Dân Mỹ?**  CÓ, sang **Step 2** (page 6).  KHÔNG, sang câu hỏi số 14.

- ★ 13. **Người này có phải là công dân nhập tịch hay là công dân do cha mẹ?**

VÃNG, vui lòng cung cấp cho chúng tôi thông tin bên dưới và sang **Bước 2** (trang 6).  KHÔNG, sang câu hỏi số 15.

**Số A, Số USCIS, hoặc số Chứng nhận:** \_\_\_\_\_

★ **Người này có thuộc một trong các tình trạng di trú dưới đây không?**

CÓ, trả lời câu a–h.  KHÔNG, trả lời câu "h" dưới đây.

Trả lời "CÓ" nếu tình trạng của họ được liệt kê dưới đây.

- Thường trú nhân hợp pháp (LPR) • Người tị nạn • Tình trạng tị nạn đã được cấp hoặc đang chờ xử lý
- Được quản chế - được cấp cho ít nhất một năm • Được quản chế - được cấp cho dưới một năm
- Người tị nạn được quản chế • Tình trạng di trú khác
- Đã được phê duyệt hoặc đang chờ xác định trường hợp theo nhận định đầu tiên (Prima Facie) (*Vợ chồng, con cái hoặc thành viên gia đình bị ngược đãi*)
- COFA - Công dân của Hiệp ước Liên kết Tự do (*Micronesia, Quần đảo Marshall và Palau*) • Nhập cư có điều kiện
- Người Cuba/Haiti được nhập cư hoặc quản chế • Người có visa nhập cư đặc biệt (SIV) • Người có loại visa không dành cho người di dân
- Nạn nhân Buôn người hoặc thành viên gia đình của nạn nhân (*T-Visa*)
- Người Bản Địa sinh ra ở Canada (*ít nhất 50%*) hoặc thành viên đã đăng ký của Bộ lạc Người Mỹ Bản Địa ở Hoa Kỳ.
- Người Châu Á lai Mỹ - Người Việt • Đơn xin visa đã được phê duyệt - Đang chờ xử lý Đơn xin Điều chỉnh Tình trạng Di trú

**a. Tình trạng di trú:** \_\_\_\_\_

Người này không bắt buộc phải trả lời các câu hỏi **b - g** dưới đây về giấy tờ di trú của họ bây giờ. Nhưng việc cung cấp cho chúng tôi thông tin này bây giờ có thể giúp chúng tôi xử lý đơn xin trợ cấp y tế của họ nhanh hơn.

**b. Tình trạng này đã được cấp vào ngày nào?** \_\_\_\_\_

**c. Loại giấy tờ di trú:** \_\_\_\_\_ **Số thẻ hoặc số giấy tờ:** \_\_\_\_\_

**d. Ngày giấy tờ di trú hết hạn:** \_\_\_\_\_ **Số A hoặc số USCIS:** \_\_\_\_\_

**e. Nếu người này là Thường trú nhân hợp pháp (Lawful Permanent Resident, hoặc LPR), họ có bao giờ được cấp tình trạng di trú nào dưới đây không?**

- Người tị nạn  Tị nạn  Người Châu Á Lai Mỹ - Người Việt  Người Cuba/Haiti được nhập cư hoặc quản chế  
 Người tị nạn được quản chế  Người nhập cư đặc biệt từ Iraq hoặc Afghanistan  Nạn nhân buôn người (*T-visa*)

**f. Người này đã vào Mỹ trước ngày 22 tháng 8 năm 1996?**  CÓ  KHÔNG**g. Người này, vợ/chồng của họ (còn sống hoặc đã qua đời) hoặc cha/mẹ của họ có phải là cựu chiến binh xuất ngũ danh dự hoặc quân nhân đang thi hành nhiệm vụ trong Quân lực Hoa Kỳ không?**  CÓ  KHÔNG★ **h. Người này có từng được cấp tình trạng di trú theo dạng Hủy Di dời (Withholding of Removal) hay Hủy Trục xuất (Deportation Being Withheld) không?**  CÓ  KHÔNG

**Đối với Bước 2-7, hãy cung cấp cho chúng tôi thông tin sau cho những người:**

- Được nêu tên trong thư xin *Gia hạn Bảo hiểm OHP - Phần 1* của quý vị (*đính kèm*) mà vẫn còn trong gia đình quý vị; và
- Quý vị đang thêm họ vào hộ gia đình của mình.

**BƯỚC 2 Thêm câu hỏi cho hộ gia đình quý vị, tiếp**★ = **Bắt buộc**

- ★ 1. **Có phải mọi người trong gia đình quý vị đang sinh sống ở Oregon?** Điều này bao gồm cư trú ở Oregon để tìm việc làm.

VÃNG  KHÔNG, liệt kê những người không sống ở bang Oregon dưới đây.

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

- ★ 2. **Địa chỉ nhà của quý vị đã thay đổi?**  VÃNG, cho chúng tôi biết địa chỉ mới bên dưới.  KHÔNG

Địa chỉ đường phố ( <i>bao gồm số căn hộ</i> )					
Thành phố		Tiểu bang		Mã vùng (ZIP code)	
				Quận	

- ★ 3. **Địa chỉ nhận thư của quý vị đã thay đổi?**  VÃNG, cho chúng tôi biết địa chỉ mới bên dưới.  KHÔNG

Địa chỉ đường phố ( <i>bao gồm số căn hộ</i> )					
Thành phố		Tiểu bang		Mã vùng (ZIP code)	
				Quận	

- ★ 4. **Số điện thoại của quý vị đã thay đổi?**  VÃNG, cho chúng tôi số điện thoại mới dưới đây.  KHÔNG

**Số điện thoại chính:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Nhà  Sở làm  Di động

**Điện thoại phụ:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Nhà  Sở làm  Di động

Tôi cho phép DHS/OHA để lại thông báo thư thoại cho tôi trên:  Điện thoại chính của tôi  Điện thoại phụ của tôi

Tôi cho phép DHS/OHA gửi thông báo qua tin nhắn đến (*phải là điện thoại di động*):  Điện thoại chính của tôi  Điện thoại phụ của tôi

- ★ 5. **Có ai đang sống tại một địa chỉ khác với địa chỉ của người liên hệ chính (là quý vị) không?**

CÓ, vui lòng điền (các) phần dưới.  KHÔNG, sang câu hỏi số 6.

**Ai đang sống ở một địa chỉ khác?**

Tên/Họ				Ngày sinh	
Địa chỉ nhà ( <i>bao gồm số căn hộ</i> )					
Thành phố		Tiểu bang		Mã vùng (ZIP code)	
Quận		Quốc gia			

**Đánh dấu tất cả những câu trả lời thích hợp:**

Người này đang sống ở một địa chỉ khác, nhưng họ nằm trong nhóm người khai thuế với một người trong đơn đăng ký này.

Người này đang tạm thời đi vắng. Lý do:

Đi học  Trong nhà dưỡng lão  Đang nằm viện  Đang tham gia Jobs Corps  Đang ở tù

Cơ sở chăm sóc cộng đồng  Khác: \_\_\_\_\_

*Nếu quý vị cần liệt kê thêm người, vui lòng bổ sung thêm giấy.*

**BƯỚC 2** Thêm câu hỏi cho hộ gia đình quý vị, tiếp

★ = Bắt buộc

- ★ 6. Có ai đang mang thai?
- 
- CÓ, vui lòng ghi tên họ dưới đây.
- 
- KHÔNG

Đối với "ngày dự sinh", hãy ghi ngày dự sinh theo sự phỏng đoán tốt nhất của quý vị, mặc dù quý vị chưa đi bác sĩ.

Tên	Họ	Ngày sinh	Ngày dự sinh	Sẽ sinh bao nhiêu em bé? <i>Bỏ trống nếu không biết</i>

- ★ 7. Có ai đã chấm dứt thai kỳ thông qua việc sinh đẻ hoặc sảy thai trong 3 tháng qua không? Người này có thể đủ điều kiện nhận nhiều bảo hiểm hơn hoặc nhiều dịch vụ hơn nếu gần đây họ đã mang thai.

 CÓ, ghi tên họ dưới đây.  KHÔNG

Tên	Họ	Ngày sinh	Ngày thai kỳ chấm dứt

- ★ 8. Quý vị có cần trốn thoát khỏi tình trạng ngược đãi hoặc không an toàn không?
- 
- CÓ
- 
- KHÔNG

- ★ 9. Đối tác của quý vị có làm quý vị sợ hãi bằng cách đe dọa, la lối, hoặc gây tổn thương đến thể xác quý vị hoặc con quý vị không?
- 
- CÓ
- 
- KHÔNG

Vui lòng trả lời các câu hỏi 10-18 chỉ cho những người muốn xin hoặc xing ia hạn trợ cấp OHP mà có tên trong đơn này.

- ★ 10. Hiện tại có ai đang ở trong tù HOẶC đã ra tù trong 3 tháng qua không?

 CÓ, vui lòng ghi tên họ dưới đây.  KHÔNG

Tên	Họ	Ngày sinh	Ngày vào tù	Ngày ra tù/ dự kiến sẽ ra tù	Đang chờ đợi kết quả buộc tội?
					<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
					<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

- ★ 11. Có ai 18 tuổi và là học sinh trung học toàn thời gian?
- 
- CÓ, ghi tên họ dưới đây.
- 
- KHÔNG

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

- ★ 12. Có ai đang nhận Trợ cấp An sinh Xã hội Bổ sung (Supplemental Security Income, hoặc SSI) không? SSI là một chương trình trợ cấp của chính phủ nhằm giúp đỡ những người có thu nhập thấp mà thuộc độ tuổi từ 65 trở lên, bị mù hoặc khuyết tật.

 CÓ, ghi tên họ dưới đây.  KHÔNG

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

- ★ 13. Tất cả những người xin trợ cấp OHP sẽ được yêu cầu nộp đơn xin và sử dụng các trợ cấp khác mà họ có thể đủ điều kiện nhận. Dưới đây là ví dụ về trợ cấp khác:

- Trợ cấp thất nghiệp • Trợ cấp cựu chiến binh • Bồi thường bảo hiểm lao động • Niên kim
- An sinh xã hội cho người về hưu, người sống sót hoặc khuyết tật
- Bồi thường thương tích cá nhân theo dạng không lỗi mà quý vị có thể được nhận thông qua thỏa thuận giải quyết (có thể xảy ra tại nơi làm việc, ở nhà hoặc trong xe)

- ★ Có ai có thể hội đủ điều kiện cho một trong các trợ cấp nêu trên không?

CÓ, vui lòng điền phần dưới.  KHÔNG, sang câu hỏi số 14.

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Loại trợ cấp: \_\_\_\_\_

Người này đã nộp đơn xin trợ cấp này chưa hoặc yêu cầu giải quyết đã được phê duyệt chưa?  CÓ  KHÔNG

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Loại trợ cấp: \_\_\_\_\_

Người này đã nộp đơn xin trợ cấp này chưa hoặc yêu cầu giải quyết đã được phê duyệt chưa?  CÓ  KHÔNG

- ★ 14. Có ai bị mù mắt hay khuyết tật vĩnh viễn không?  CÓ, ghi tên họ dưới đây.  KHÔNG

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Người này có nằm trong hoàn cảnh nào sau đây không:  Bị mù  Bị thương tật vĩnh viễn  Bị mù và thương tật vĩnh viễn

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Người này có nằm trong hoàn cảnh nào sau đây không:  Bị mù  Bị thương tật vĩnh viễn  Bị mù và thương tật vĩnh viễn

- ★ 15. Có ai cần sự trợ giúp với những việc như đi bộ, đại/tiểu tiện, tắm rửa hoặc mặc quần áo không? Phần này không bao gồm những đứa trẻ mà cần giúp đỡ chỉ vì quá nhỏ tuổi.  CÓ, ghi tên họ dưới đây.  KHÔNG

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

- ★ 16. Trước đây có ai đã nằm trong chương trình con nuôi của chính phủ (foster care) ở Oregon vào thời điểm họ lên 18 tuổi không? Những người mà trước đây nằm trong chương trình con nuôi của chính phủ có thể hưởng trợ cấp OHP cho đến năm 26 tuổi, bất kể thu nhập của họ là bao nhiêu.  CÓ, ghi tên họ dưới đây.  KHÔNG

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_



- ★ 17. **Quý vị có muốn thay đổi tổ chức chăm sóc phối hợp (coordinated care organization, hoặc CCO) cho mỗi người không?** Nếu quý vị đã thêm ai đó vào gia đình, quý vị có thể chọn CCO cho họ tại đây. Quý vị cũng có thể chọn CCO mới cho những người đã đăng ký. CCO giống như một chương trình y tế địa phương trong khu vực của quý vị. CCO sẽ giúp quý vị sử dụng trợ cấp OHP trong khu vực của quý vị. Tổ chức này có một nhóm các nhà cung cấp như bác sĩ, cố vấn, y tá và nha sĩ gần kề để phục vụ quý vị.

Quý vị không phải chọn ngay bây giờ. Tuy nhiên, nếu quý vị không chọn ngay bây giờ, chúng tôi sẽ chọn một CCO dựa trên nơi quý vị đang cư trú (trừ khi các ngoại lệ về bộ lạc trong Hướng dẫn Đăng ký áp dụng cho quý vị). Xem tài liệu *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* để biết thêm chi tiết về việc chọn CCO trong khu vực của quý vị.

Tên	Họ	Ngày sinh	Lựa chọn CCO

- ★ 18. **Có ai dưới 19 tuổi mà cha/mẹ của họ không có tên trong đơn đăng ký này không?**

CÓ, trả lời các câu hỏi dưới đây.  KHÔNG, sang Bước 3 (trang 10).

Nếu quý vị đang đăng ký cho bất cứ ai dưới 19 tuổi và cha/mẹ người đó không có tên trong đơn, quý vị cần phải làm việc với Chương trình Hỗ trợ Trẻ em (Child Support Program) của Oregon. Chương trình Hỗ trợ Trẻ em sẽ hỏi quý vị thêm thông tin về cha mẹ của đứa trẻ này.

Quý vị không phải làm việc với chương trình Hỗ trợ Trẻ em của Oregon nếu quý vị nghĩ rằng việc đó sẽ không an toàn cho quý vị, đứa trẻ hoặc các thành viên khác trong gia đình. Quý vị có thể cho chúng tôi biết nếu việc đó không an toàn trong câu "b" dưới đây.

- a. **Tên/họ của đứa trẻ mà cha/mẹ của em không được liệt kê trong đơn này:**

\_\_\_\_\_ Ngày sinh của đứa trẻ: \_\_\_\_\_

- b. **Quý vị có nghĩ rằng người phụ huynh này có thể gây nguy hiểm cho quý vị hoặc đứa trẻ nếu Chương trình Hỗ trợ Nuôi trẻ cố gắng xác định mối quan hệ cha con hay đòi tiền hỗ trợ nuôi con không?**  CÓ  KHÔNG

- a. **Tên/họ của đứa trẻ mà cha/mẹ của em không được liệt kê trong đơn này:**

\_\_\_\_\_ Ngày sinh của đứa trẻ: \_\_\_\_\_

- b. **Quý vị có nghĩ rằng người phụ huynh này có thể gây nguy hiểm cho quý vị hoặc đứa trẻ nếu Chương trình Hỗ trợ Nuôi trẻ cố gắng xác định mối quan hệ cha con hay đòi tiền hỗ trợ nuôi con không?**  CÓ  KHÔNG

## ★ 1. Có ai cần phải báo cáo một sự thay đổi về tình trạng nộp thuế của họ không?

 CÓ, trả lời câu a-c trong ô bên dưới.  KHÔNG, sang câu hỏi số 3.★ 2. Quý vị đang thêm ai đó vào hộ gia đình của mình?  CÓ, trả lời câu a-c trong ô bên dưới.  KHÔNG, sang câu hỏi số 3.

Sự thay đổi có thể bao gồm bất cứ điều gì khác với những thông tin mà quý vị đã cho chúng tôi biết trước đây. Ví dụ: một sự thay đổi giữa việc vợ chồng khai thuế chung thay vì khai riêng; tuyên bố nhiều hoặc ít người phụ thuộc hơn trước; một người nào đó trước đây là một người phụ thuộc nhưng trong tương lai sẽ không.

a. Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

## b. Người này có dự định khai thuế thu nhập liên bang cho thu nhập họ kiếm được trong năm nay không?

 CÓ, trả lời câu i-ii.  KHÔNG

## i. Người này sẽ khai thuế thu nhập theo tình trạng nào?

 Độc thân  Đã kết hôn - khai chung  Đã kết hôn - khai riêng  Người góa vợ/chồng hợp lệ  Chủ hộ gia đìnhii. Người này có khai thuế trên người phụ thuộc nào không?  CÓ, vui lòng ghi tên họ dưới đây.  KHÔNG

*Nếu họ khai thuế theo tình trạng 'đã kết hôn - khai chung hoặc khai riêng', thì vợ/chồng của họ không thể là người phụ thuộc của họ.*

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

## c. Người này có được khai là người phụ thuộc trong hồ sơ khai thuế thu nhập liên bang của bất cứ ai trong năm nay không?

 CÓ, trả lời câu i-ii.  KHÔNG

i. Người khai thuế là ai? Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

ii. Mối quan hệ giữa người này và người khai thuế là gì? \_\_\_\_\_

a. Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

## b. Người này có dự định khai thuế thu nhập liên bang cho thu nhập họ kiếm được trong năm nay không?

 CÓ, trả lời câu i-ii.  KHÔNG

## i. Người này sẽ khai thuế thu nhập theo tình trạng nào?

 Độc thân  Đã kết hôn - khai chung  Đã kết hôn - khai riêng  Người góa vợ/chồng hợp lệ  Chủ hộ gia đìnhii. Người này có khai thuế trên người phụ thuộc nào không?  CÓ, vui lòng ghi tên họ dưới đây.  KHÔNG

*Nếu họ khai thuế theo tình trạng 'đã kết hôn - khai chung hoặc khai riêng', thì vợ/chồng của họ không thể là người phụ thuộc của họ.*

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

## c. Người này có được khai là người phụ thuộc trong hồ sơ khai thuế thu nhập liên bang của bất cứ ai trong năm nay không?

 CÓ, trả lời câu i-ii.  KHÔNG

i. Người khai thuế là ai? Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

ii. Mối quan hệ giữa người này và người khai thuế là gì? \_\_\_\_\_

**Quan trọng:** Việc gửi bằng chứng sẽ giúp chúng tôi xử lý thông tin của quý vị nhanh hơn. Xem *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* để biết quý vị cần gửi những bằng chứng nào.

★ **3. Có ai cần phải khai báo một sự thay đổi về việc làm tự tạo của họ HOẶC có phải quý vị đang bổ sung thêm một người đang có thu nhập từ việc làm tự tạo vào hộ gia đình của mình không?**

- **Thu nhập từ một chủ lao động (công ty/sở làm) không?** Cho chúng tôi biết tổng tiền lương (*trước thuế và các khoản khấu trừ*) họ kiếm được từ mỗi chủ lao động là bao nhiêu. Nhớ tính cả tiền boa và tiền hoa hồng. Một số ví dụ về thu nhập từ chủ lao động là: Tiền lương, việc làm việc tại trường, tiền boa, và các nhân viên chăm sóc tại nhà được tiểu bang trả lương. Cho chúng tôi biết tổng tiền lương và tiền boa họ kiếm được từ mỗi việc làm là bao nhiêu.
- **Thu nhập từ việc làm tự tạo (self-employment)?** Cho chúng tôi biết tổng thu nhập mỗi người kiếm được từ việc làm tự tạo là bao nhiêu. Tổng thu nhập là số tiền quý vị kiếm được trước khi trừ đi các chi phí hoặc các khoản khấu trừ khác. Liệt kê các chi phí của việc làm tự tạo và các khoản khấu trừ khác ở câu hỏi số 5 (*trang 13*). Một số ví dụ về việc làm tự tạo: Sở hữu một doanh nghiệp, hiến huyết tương, làm nhà thầu độc lập, và làm những công việc lặt vặt để kiếm tiền.

CÓ, vui lòng cung cấp thông tin cho chúng tôi dưới đây.  KHÔNG, sang câu hỏi số 4.

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ **Ngày sinh:** \_\_\_\_\_

**b. Nguồn thu nhập** - Tên chủ lao động (employer): \_\_\_\_\_  
 Nếu là việc làm tự tạo, loại công việc: \_\_\_\_\_

**c. Cho chúng tôi biết tổng thu nhập của họ (*trước thuế và các khoản khấu trừ*) và họ lãnh khoản tiền này theo chu kỳ nào:**  
 \$ \_\_\_\_\_  Hàng tuần  Hai lần một tháng  Hàng tháng  
 Hàng quý. *Ngày lãnh lương sau cùng:* \_\_\_\_\_  
 Hàng năm. *Ngày lãnh lương sau cùng:* \_\_\_\_\_  
 Mỗi hai tuần (*cách một tuần lãnh một tuần*)  Chỉ một lần duy nhất - gộp một lần  
 Khác: \_\_\_\_\_

**d. Thu nhập từ việc làm này:**  Là liên tục  Đã bắt đầu trong vòng 3 tháng qua. *Ngày lãnh lương đầu tiên:* \_\_\_\_\_  
 Đã chấm dứt hoặc sẽ chấm dứt trong tháng này. *Ngày lãnh lương sau cùng:* \_\_\_\_\_

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ **Ngày sinh:** \_\_\_\_\_

**b. Nguồn thu nhập** - Tên chủ lao động (employer): \_\_\_\_\_  
 Nếu là việc làm tự tạo, loại công việc: \_\_\_\_\_

**c. Cho chúng tôi biết tổng thu nhập của họ (*trước thuế và các khoản khấu trừ*) và họ lãnh khoản tiền này theo chu kỳ nào:**  
 \$ \_\_\_\_\_  Hàng tuần  Hai lần một tháng  Hàng tháng  
 Hàng quý. *Ngày lãnh lương sau cùng:* \_\_\_\_\_  
 Hàng năm. *Ngày lãnh lương sau cùng:* \_\_\_\_\_  
 Mỗi hai tuần (*cách một tuần lãnh một tuần*)  Chỉ một lần duy nhất - gộp một lần  
 Khác: \_\_\_\_\_

**d. Thu nhập từ việc làm này:**  Là liên tục  Đã bắt đầu trong vòng 3 tháng qua. *Ngày lãnh lương đầu tiên:* \_\_\_\_\_  
 Đã chấm dứt hoặc sẽ chấm dứt trong tháng này. *Ngày lãnh lương sau cùng:* \_\_\_\_\_

- ★ 4. Có ai trong hộ gia đình được nhận tiền từ các nguồn khác ngoài việc làm mà cần báo cáo thay đổi HOẶC quý vị đang thêm một người mà đang nhận tiền từ các nguồn khác ngoài việc làm vào hộ gia đình của mình? Ví dụ: trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp An sinh xã hội cho người về hưu hoặc người sống sót (SSB) hoặc khuyết tật (SSDI), tiền lãi hoặc cổ tức, tiền hưu trí, tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng, hoặc trợ cấp bộ lạc. Nhớ cho chúng tôi biết loại thu nhập đó là gì trong câu b dưới đây. Xem *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* để có hướng dẫn đặc biệt về tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng và nhiều ví dụ về thu nhập khác.

CÓ, vui lòng cung cấp thông tin cho chúng tôi dưới đây.  KHÔNG, sang câu hỏi số 5.

**Thu nhập bộ lạc** - Có một số người nhận thu nhập từ bộ lạc. Một số loại thu nhập của bộ lạc không được tính cho OHP. Nếu quý vị có thu nhập từ bộ lạc, vui lòng cho chúng tôi biết chi tiết về thu nhập này trong phần "loại thu nhập khác". Ví dụ, quý vị có thể viết: Thu nhập tính theo binh quân đầu người từ một sông bạc; HOẶC Thu nhập tính theo binh quân đầu người từ đất đai được chỉ định là đất ủy thác của Người Mỹ Bản Địa. Nếu quý vị biết thu nhập này được cung cấp theo đạo luật nào, vui lòng cho biết thông tin đó. Chúng tôi sẽ xác định xem thu nhập bộ lạc của quý vị có được tính cho OHP hay không dựa trên thông tin quý vị ghi ở phần "loại thu nhập khác".

<p><b>a. Tên/Họ:</b> _____</p> <p><b>b. Loại thu nhập khác:</b> _____</p> <p><b>c. Cho chúng tôi biết số tiền họ nhận được (trước thuế và các khoản khấu trừ) và họ nhận số tiền này theo chu kỳ nào:</b>            \$ _____ <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng  <input type="checkbox"/> Hàng quý. Ngày lãnh lương sau cùng: _____  <input type="checkbox"/> Hàng năm. Ngày lãnh lương sau cùng: _____  <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần (cách một tuần lãnh một tuần) <input type="checkbox"/> Chỉ một lần duy nhất - gộp một lần  <input type="checkbox"/> Khác: _____</p> <p><b>d. Thu nhập này:</b> <input type="checkbox"/> Là liên tục <input type="checkbox"/> Đã bắt đầu trong vòng 3 tháng qua. Ngày lãnh lương đầu tiên: _____  <input type="checkbox"/> Đã chấm dứt hoặc sẽ chấm dứt trong tháng này. Ngày lãnh lương sau cùng: _____</p> <p><b>e. Thu nhập này là từ tiền cấp dưỡng vợ/chồng?</b> <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG            Nếu ĐÚNG, ghi ngày hoàn tất thỏa thuận ly hôn hoặc ly thân: _____</p>	<p><b>Ngày sinh:</b> _____</p>
<p><b>a. Tên/Họ:</b> _____</p> <p><b>b. Loại thu nhập khác:</b> _____</p> <p><b>c. Cho chúng tôi biết số tiền họ nhận được (trước thuế và các khoản khấu trừ) và họ nhận số tiền này theo chu kỳ nào:</b>            \$ _____ <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng  <input type="checkbox"/> Hàng quý. Ngày lãnh lương sau cùng: _____  <input type="checkbox"/> Hàng năm. Ngày lãnh lương sau cùng: _____  <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần (cách một tuần lãnh một tuần) <input type="checkbox"/> Chỉ một lần duy nhất - gộp một lần  <input type="checkbox"/> Khác: _____</p> <p><b>d. Thu nhập này:</b> <input type="checkbox"/> Là liên tục <input type="checkbox"/> Đã bắt đầu trong vòng 3 tháng qua. Ngày lãnh lương đầu tiên: _____  <input type="checkbox"/> Đã chấm dứt hoặc sẽ chấm dứt trong tháng này. Ngày lãnh lương sau cùng: _____</p> <p><b>e. Thu nhập này là từ tiền cấp dưỡng vợ/chồng?</b> <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG            Nếu ĐÚNG, ghi ngày hoàn tất thỏa thuận ly hôn hoặc ly thân: _____</p>	<p><b>Ngày sinh:</b> _____</p>

★ **5. Có ai trong hộ gia đình cần báo cáo thay đổi về các khoản khấu trừ mà họ đã khai với chúng tôi HOẶC quý vị đang thêm một người mà có khấu trừ?** Chi phí này bao gồm các chi phí liên quan đến việc làm tự tạo mà có thể được bao gồm trong hồ sơ khai thuế liên bang.

Các khoản khấu trừ được phép là các chi phí có thể được khai trong hồ sơ khai thuế liên bang để có được tổng thu nhập đã điều chỉnh. Ví dụ: chi phí giáo viên, lãi vay sinh viên và tiền đóng góp vào IRA được khấu trừ thuế. Quý vị có thể liệt kê một khoản khấu trừ ở đây ngay cả khi quý vị không dự định sẽ khai thuế liên bang. Khấu trừ thuế có thể làm giảm khoản thu nhập mà chúng tôi sẽ tính. Khấu trừ thuế không giống như tín dụng thuế. Xem *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* để biết thêm chi tiết.

*Chúng tôi không thể trả lời những câu hỏi về cách thức điền mẫu khai thuế. Đối với các câu hỏi về biểu mẫu thuế hoặc các khoản khấu trừ hoặc chi phí được cho phép, vui lòng tham khảo trang web **IRS.gov**. Quý vị cũng có thể nói chuyện với một chuyên gia thuế.*

**CÓ**, vui lòng cung cấp thông tin cho chúng tôi dưới đây.  **KHÔNG**, sang câu hỏi số 6.

<p><b>a. Tên/Họ:</b> _____</p> <p><b>b. Loại khấu trừ:</b> _____</p> <p><b>c. Cho chúng tôi biết quý vị trả bao nhiêu và quý vị trả số tiền này theo chu kỳ nào:</b>                  \$ _____ <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng  <input type="checkbox"/> Hàng quý. Ngày lãnh lương sau cùng: _____  <input type="checkbox"/> Hàng năm. Ngày lãnh lương sau cùng: _____  <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần (cách một tuần lãnh một tuần) <input type="checkbox"/> Chỉ một lần duy nhất - gộp một lần  <input type="checkbox"/> Khác: _____</p> <p><b>d. Khoản khấu trừ này:</b> <input type="checkbox"/> Là liên tục <input type="checkbox"/> Đã bắt đầu trong vòng 3 tháng qua. Ngày trả đầu tiên: _____  <input type="checkbox"/> Đã chấm dứt hoặc sẽ chấm dứt trong tháng này. Ngày trả sau cùng: _____</p>	<p><b>Ngày sinh:</b> _____</p>
<p><b>a. Tên/Họ:</b> _____</p> <p><b>b. Loại khấu trừ:</b> _____</p> <p><b>c. Cho chúng tôi biết quý vị trả bao nhiêu và quý vị trả số tiền này theo chu kỳ nào:</b>                  \$ _____ <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng  <input type="checkbox"/> Hàng quý. Ngày lãnh lương sau cùng: _____  <input type="checkbox"/> Hàng năm. Ngày lãnh lương sau cùng: _____  <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần (cách một tuần lãnh một tuần) <input type="checkbox"/> Chỉ một lần duy nhất - gộp một lần  <input type="checkbox"/> Khác: _____</p> <p><b>d. Khoản khấu trừ này:</b> <input type="checkbox"/> Là liên tục <input type="checkbox"/> Đã bắt đầu trong vòng 3 tháng qua. Ngày trả đầu tiên: _____  <input type="checkbox"/> Đã chấm dứt hoặc sẽ chấm dứt trong tháng này. Ngày trả sau cùng: _____</p>	<p><b>Ngày sinh:</b> _____</p>

★ **6. Quý vị có cần báo cáo thay đổi về thu nhập hàng năm cho bất cứ ai trong hộ gia đình của mình HOẶC có phải quý vị đang thêm ai đó vào hộ gia đình mà có thu nhập trong năm nay?**

CÓ, vui lòng cung cấp thông tin cho chúng tôi dưới đây.  KHÔNG, sang Bước 4 (trang 15).

Nếu quý vị kiếm được nhiều tiền hơn giới hạn thu nhập hàng tháng, chúng tôi có thể sử dụng thu nhập hàng năm của quý vị (*hàng năm*) Cho chúng tôi biết thu nhập hàng năm và chi phí cho tất cả mọi người trong đơn này dưới đây. Nhớ tính luôn tất cả thu nhập và chi phí dự kiến cho năm nay vào khoản thu nhập hàng năm này. Điều này bao gồm toàn bộ thu nhập và chi phí trong năm nay, ngay cả khi quý vị không còn làm công việc đó nữa. Ví dụ: quý vị có một việc làm vào tháng 1 nhưng sang tháng 8 thì quý vị có việc làm mới. Khoản thu nhập hàng năm phải bao gồm thu nhập từ cả hai việc làm này.

Nếu có chi phí việc làm tự tạo, vui lòng tính những khoản chi phí đó vào khoản khấu trừ thuế/chi phí được phép.

Đừng tính tiền hỗ trợ nuôi con, trợ cấp cựu quân nhân, hoặc Trợ cấp An sinh Xã hội Bổ sung (SSI). Các khoản trợ cấp này không tính vào thu nhập hàng năm của quý vị.

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ **Ngày sinh:** \_\_\_\_\_

**b. Cho chúng tôi biết về thu nhập/chi phí hàng năm của họ:**

Thu nhập từ việc làm và việc làm tự tạo: \$ \_\_\_\_\_

Tiền hưu trí an sinh (social security benefits, hoặc SSB) hoặc Bảo hiểm Thương tật An sinh Xã hội (Social Security Disability Insurance, hoặc SSDI): \$ \_\_\_\_\_

Thu nhập không từ việc làm khác (*không tính thu nhập từ SSB/SSDI*): \$ \_\_\_\_\_

Các khoản khấu trừ thuế/chi phí cho phép: \$ \_\_\_\_\_

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ **Ngày sinh:** \_\_\_\_\_

**b. Cho chúng tôi biết về thu nhập/chi phí hàng năm của họ:**

Thu nhập từ việc làm và việc làm tự tạo: \$ \_\_\_\_\_

Tiền hưu trí an sinh (social security benefits, hoặc SSB) hoặc Bảo hiểm Thương tật An sinh Xã hội (Social Security Disability Insurance, hoặc SSDI): \$ \_\_\_\_\_

Thu nhập không từ việc làm khác (*không tính thu nhập từ SSB/SSDI*): \$ \_\_\_\_\_

Các khoản khấu trừ thuế/chi phí cho phép: \$ \_\_\_\_\_

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ **Ngày sinh:** \_\_\_\_\_

**b. Cho chúng tôi biết về thu nhập/chi phí hàng năm của họ:**

Thu nhập từ việc làm và việc làm tự tạo: \$ \_\_\_\_\_

Tiền hưu trí an sinh (social security benefits, hoặc SSB) hoặc Bảo hiểm Thương tật An sinh Xã hội (Social Security Disability Insurance, hoặc SSDI): \$ \_\_\_\_\_

Thu nhập không từ việc làm khác (*không tính thu nhập từ SSB/SSDI*): \$ \_\_\_\_\_

Các khoản khấu trừ thuế/chi phí cho phép: \$ \_\_\_\_\_

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ **Ngày sinh:** \_\_\_\_\_

**b. Cho chúng tôi biết về thu nhập/chi phí hàng năm của họ:**

Thu nhập từ việc làm và việc làm tự tạo: \$ \_\_\_\_\_

Tiền hưu trí an sinh (social security benefits, hoặc SSB) hoặc Bảo hiểm Thương tật An sinh Xã hội (Social Security Disability Insurance, hoặc SSDI): \$ \_\_\_\_\_

Thu nhập không từ việc làm khác (*không tính thu nhập từ SSB/SSDI*): \$ \_\_\_\_\_

Các khoản khấu trừ thuế/chi phí cho phép: \$ \_\_\_\_\_



- 1. Có người trưởng thành (trên 18 tuổi) nào đang xin hoặc đang nhận trợ cấp y tế, hoặc có đứa trẻ nào trong gia đình có:**
- **Bảo hiểm y tế, được chào mời bảo hiểm y tế, hoặc đủ điều kiện có bảo hiểm y tế (bao gồm bảo hiểm nha khoa) không?**  
Trả lời CÓ mặc dù họ đã quyết định không mua bảo hiểm do chi phí cao, chất lượng không tốt hoặc lý do khác. Đừng trả lời CÓ nếu bảo hiểm duy nhất của họ là Oregon Health Plan (OHP).
  - **Bảo hiểm y tế vừa chấm dứt trong 3 tháng qua?**
  - **Medicare hay được quyền nhận Medicare?**
- CÓ, vui lòng cung cấp thông tin cho chúng tôi dưới đây.  KHÔNG, sang **Bước 5** (trang 17).

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

**b. Loại bảo hiểm y tế:**  Tư nhân  Chủ lao động  COBRA  Medicare  TRICARE  Peace Corps  
 Các chương trình bảo hiểm y tế cho cựu chiến binh (bao gồm CHAMPVA)  Bảo hiểm y tế cho người về hưu  Medicaid/CHIP từ tiểu bang khác

**c. Thông tin về chương trình bảo hiểm:** Tên công ty bảo hiểm y tế: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ công ty: \_\_\_\_\_  
 Số điện thoại công ty: \_\_\_\_\_  
 Số hợp đồng: \_\_\_\_\_ Số ID nhóm: \_\_\_\_\_  
 Tên chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_  
 Quan hệ với chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

**d. Người này có đăng ký vào chương trình này không?**  CÓ, ngày bắt đầu: \_\_\_\_\_  KHÔNG, ngày kết thúc: \_\_\_\_\_

**e. Có phải người này không thể sử dụng bảo hiểm này không?**  
 CÓ, vì lý do:  Quan ngại về an toàn  Khoảng cách từ các nơi chăm sóc sức khỏe  KHÔNG

**f. Có phải bảo hiểm này do sở làm/công ty tài trợ không?**  
 CÓ, hoàn thành Phụ lục B - Bảo hiểm của chủ lao động (trang 27)  KHÔNG

**g. Có ai trong hộ gia đình quý vị nhận trợ cấp y tế (Medicaid) của một tiểu bang khác trong 3 tháng qua không?**  
 CÓ, tiểu bang nào? \_\_\_\_\_ Ngày trợ cấp y tế chấm dứt hoặc dự kiến sẽ chấm dứt: \_\_\_\_\_  KHÔNG

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

**b. Loại bảo hiểm y tế:**  Tư nhân  Chủ lao động  COBRA  Medicare  TRICARE  Peace Corps  
 Các chương trình bảo hiểm y tế cho cựu chiến binh (bao gồm CHAMPVA)  Bảo hiểm y tế cho người về hưu  Medicaid/CHIP từ tiểu bang khác

**c. Thông tin về chương trình bảo hiểm:** Tên công ty bảo hiểm y tế: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ công ty: \_\_\_\_\_  
 Số điện thoại công ty: \_\_\_\_\_  
 Số hợp đồng: \_\_\_\_\_ Số ID nhóm: \_\_\_\_\_  
 Tên chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_  
 Quan hệ với chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

**d. Người này có đăng ký vào chương trình này không?**  CÓ, ngày bắt đầu: \_\_\_\_\_  KHÔNG, ngày kết thúc: \_\_\_\_\_

**e. Có phải người này không thể sử dụng bảo hiểm này không?**  
 CÓ, vì lý do:  Quan ngại về an toàn  Khoảng cách từ các nơi chăm sóc sức khỏe  KHÔNG

**f. Có phải bảo hiểm này do sở làm/công ty tài trợ không?**  
 CÓ, hoàn thành Phụ lục B - Bảo hiểm của chủ lao động (trang 27)  KHÔNG

**g. Có ai trong hộ gia đình quý vị nhận trợ cấp y tế (Medicaid) của một tiểu bang khác trong 3 tháng qua không?**  
 CÓ, tiểu bang nào? \_\_\_\_\_ Ngày trợ cấp y tế chấm dứt hoặc dự kiến sẽ chấm dứt: \_\_\_\_\_  KHÔNG

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

**b. Loại bảo hiểm y tế:**  Tư nhân  Chủ lao động  COBRA  Medicare  TRICARE  Peace Corps  
 Các chương trình bảo hiểm y tế cho cựu chiến binh (*bao gồm CHAMPVA*)  Bảo hiểm y tế cho người về hưu  Medicaid/CHIP từ tiểu bang khác

**c. Thông tin về chương trình bảo hiểm:** Tên công ty bảo hiểm y tế: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ công ty: \_\_\_\_\_  
 Số điện thoại công ty: \_\_\_\_\_  
 Số hợp đồng: \_\_\_\_\_ Số ID nhóm: \_\_\_\_\_  
 Tên chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_  
 Quan hệ với chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

**d. Người này có đăng ký vào chương trình này không?**  CÓ, ngày bắt đầu: \_\_\_\_\_  KHÔNG, ngày kết thúc: \_\_\_\_\_

**e. Có phải người này không thể sử dụng bảo hiểm này không?**  
 CÓ, vì lý do:  Quan ngại về an toàn  Khoảng cách từ các nơi chăm sóc sức khỏe  KHÔNG

**f. Có phải bảo hiểm này do sở làm/công ty tài trợ không?**  
 CÓ, hoàn thành Phụ lục B - Bảo hiểm của chủ lao động (trang 27)  KHÔNG

**g. Có ai trong hộ gia đình quý vị nhận trợ cấp y tế (Medicaid) của một tiểu bang khác trong 3 tháng qua không?**  
 CÓ, tiểu bang nào? \_\_\_\_\_ Ngày trợ cấp y tế chấm dứt hoặc dự kiến sẽ chấm dứt: \_\_\_\_\_  KHÔNG

**a. Tên/Họ:** \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

**b. Loại bảo hiểm y tế:**  Tư nhân  Chủ lao động  COBRA  Medicare  TRICARE  Peace Corps  
 Các chương trình bảo hiểm y tế cho cựu chiến binh (*bao gồm CHAMPVA*)  Bảo hiểm y tế cho người về hưu  Medicaid/CHIP từ tiểu bang khác

**c. Thông tin về chương trình bảo hiểm:** Tên công ty bảo hiểm y tế: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ công ty: \_\_\_\_\_  
 Số điện thoại công ty: \_\_\_\_\_  
 Số hợp đồng: \_\_\_\_\_ Số ID nhóm: \_\_\_\_\_  
 Tên chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_  
 Quan hệ với chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

**d. Người này có đăng ký vào chương trình này không?**  CÓ, ngày bắt đầu: \_\_\_\_\_  KHÔNG, ngày kết thúc: \_\_\_\_\_

**e. Có phải người này không thể sử dụng bảo hiểm này không?**  
 CÓ, vì lý do:  Quan ngại về an toàn  Khoảng cách từ các nơi chăm sóc sức khỏe  KHÔNG

**f. Có phải bảo hiểm này do sở làm/công ty tài trợ không?**  
 CÓ, hoàn thành Phụ lục B - Bảo hiểm của chủ lao động (trang 27)  KHÔNG

**g. Có ai trong hộ gia đình quý vị nhận trợ cấp y tế (Medicaid) của một tiểu bang khác trong 3 tháng qua không?**  
 CÓ, tiểu bang nào? \_\_\_\_\_ Ngày trợ cấp y tế chấm dứt hoặc dự kiến sẽ chấm dứt: \_\_\_\_\_  KHÔNG



## BƯỚC 5

### Phần câu hỏi về nhân khẩu học để giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn - KHÔNG BẮT BUỘC

**Quý vị không bắt buộc phải trả lời những câu hỏi này.** Câu trả lời cho những câu hỏi này không ảnh hưởng đến việc quý vị có đủ điều kiện nhận trợ cấp bảo hiểm y tế hay không. Chúng tôi hỏi những câu hỏi này nhằm giúp đảm bảo tất cả các thành viên sẽ có được sự chăm sóc chất lượng cao nhất và dịch vụ tốt nhất. Chúng tôi cũng sử dụng thông tin này để giải quyết những thiếu sót trong chăm sóc. Vui lòng trả lời các câu hỏi nhân khẩu học tùy chọn sau đây về bất cứ ai đang nộp đơn xin trợ cấp OHP. Nếu quý vị không muốn trả lời những câu hỏi này, vui lòng chọn "từ chối trả lời."

Nếu quý vị cần liệt kê nhiều hơn một người, vui lòng sao chép **Bước 5** và đính kèm các tờ giấy bổ sung.

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

#### 1. Người này có cần thông dịch viên ngôn ngữ nói không?

CÓ, vui lòng trả lời câu a-b dưới đây.  KHÔNG  Không biết  Từ chối trả lời

a. Nếu có, một nhân viên DHS/OHA thông thạo ngôn ngữ của quý vị có đáp ứng được nhu cầu của quý vị không?  CÓ  KHÔNG

b. Vui lòng cho biết thêm về nhu cầu thông dịch viên ngôn ngữ nói của người này:

#### 2. Người này có cần thông dịch viên hay phụ đề ngôn ngữ ký hiệu không?

CÓ, vui lòng trả lời câu a-c dưới đây.  KHÔNG  Không biết  Từ chối trả lời

a. Cho chúng tôi biết quý vị cần thể loại thông dịch hay phụ đề nào cho ngôn ngữ ký hiệu:

Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ (ASL)  Ngôn ngữ ký hiệu Pidgin Anh Quốc (PSE)  Ngôn ngữ ký hiệu chính xác tiếng Anh (XEM)

CART/Phụ đề  Thiết bị hỗ trợ nghe (FM, Loop)  Thể loại thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu khác

Ngôn ngữ xúc giác (dành cho người khiếm thính)

b. Cho chúng tôi biết quý vị cần thể loại thông dịch hay phụ đề nào cho ngôn ngữ ký hiệu:

c. Nếu có, một nhân viên DHS/OHA có thể giao tiếp bằng thể loại thông dịch hay phụ đề quý vị mong muốn có đáp ứng được nhu cầu của quý vị không?  CÓ  KHÔNG

#### 3. Trình độ tiếng Anh của người này như thế nào? Rất giỏi Giỏi Không giỏi Không biết Từ chối trả lời

#### 4. Người này có bị điếc hay bị khiếm thính nghiêm trọng không?

CÓ, bắt đầu từ tuổi nào? \_\_\_\_\_  KHÔNG  Không biết  Từ chối trả lời

#### 5. Người này có bị mù hay bị khiếm thị nghiêm trọng ngay cả khi đeo kính không?

CÓ, bắt đầu từ tuổi nào? \_\_\_\_\_  KHÔNG  Không biết  Từ chối trả lời

#### 6. Nếu người này ít nhất 5 tuổi, họ có gặp khó khăn nghiêm trọng trong việc tập trung, ghi nhớ, hiểu, hay ra quyết định vì lý do mắc một căn bệnh thể chất, tâm thần hay cảm xúc không?

CÓ, bắt đầu từ tuổi nào? \_\_\_\_\_  KHÔNG  Không biết  Từ chối trả lời

#### 7. Nếu người này ít nhất 5 tuổi, họ có gặp khó khăn nghiêm trọng khi đi bộ hoặc leo cầu thang không?

CÓ, bắt đầu từ tuổi nào? \_\_\_\_\_  KHÔNG  Không biết  Từ chối trả lời

#### 8. Nếu người này ít nhất 5 tuổi, họ có gặp khó khăn khi mặc quần áo hoặc tắm rửa không?

CÓ, bắt đầu từ tuổi nào? \_\_\_\_\_  KHÔNG  Không biết  Từ chối trả lời

#### 9. Nếu người này ít nhất 15 tuổi, họ có gặp khó khăn khi làm việc vất vả một mình không? Ví dụ: đi khám bác sĩ hoặc đi mua sắm. Đây có phải là do một căn bệnh thể chất, tâm thần hoặc cảm xúc không?

CÓ, bắt đầu từ tuổi nào? \_\_\_\_\_  KHÔNG  Không biết  Từ chối trả lời

## BƯỚC 5

### Phần câu hỏi về nhân khẩu học để giúp chúng tôi phục vụ quý vị tốt hơn - KHÔNG BẮT BUỘC

10. Người này có bị hạn chế khi làm bất cứ hoạt động nào, theo bất cứ cách nào, vì có vấn đề về thể chất, tâm thần, hoặc cảm xúc không?

CÓ  KHÔNG  Không biết  Từ chối trả lời

11. Người này xác định chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc bộ lạc, nguồn gốc quốc gia hoặc tổ tiên như thế nào?

Tiếp tục từ trang trước.

12. Sắc tộc hay chủng tộc của người này là gì? Đánh dấu tất cả những câu trả lời thích hợp.

**Người Mỹ Bản địa hoặc Thổ dân Alaska:**

Người Mỹ Bản địa  Thổ dân Alaska  Người Canada Inuit, Metis hoặc người thuộc Bộ Tộc Đầu Tiên  
 Người bản địa Mexico, Trung Mỹ hoặc Nam Mỹ

**Người Châu Á:**

Người Trung Quốc  Người Việt Nam  Người Hàn Quốc  Người H'mong  Người Lào  Người Filipine  
 Người Nhật  Người Nam Châu Á  Người Ấn Độ  Người Châu Á khác

**Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi:**

Người Mỹ Gốc Phi  Người Châu phi (*người da đen*)  
 Người Ca-ri-bê  Người da đen khác

**Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh:**

Người Mexican  Người Trung Mỹ  Người Nam Mỹ  Người gốc Tây Ban Nha hoặc La Tinh khác

**Người Bản Địa Hawaii hoặc Người Đảo quốc Thái Bình Dương:**

Người Bản địa Hawaii  Người Guam hoặc Chamorro  Người Samoa  
 Micronesian  Người Tonga  Người thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương khác

**Người Da Trắng:**

Người Tây Âu  Người Đông Âu  Người Slav  Người Trung Đông  
 Người Bắc Phi  Người da trắng khác

**Khác:** \_\_\_\_\_  Không biết  Từ chối trả lời

Nếu quý vị chọn nhiều hơn một dân tộc hay chủng tộc, vui lòng **KHOANH TRÒN** câu trả lời mô tả chính xác nhất chủng tộc chính của người này.

## **BƯỚC 6** Những câu hỏi khác - KHÔNG BẮT BUỘC

Quý vị không bắt buộc phải trả lời những câu hỏi này. Câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến các quyết định về trợ cấp của quý vị.

**1. Nếu quý vị chưa ghi danh để bỏ phiếu tại nơi quý vị đang cư ngụ, quý vị có muốn ghi danh hôm nay không? Đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà cơ quan này sẽ cung cấp cho quý vị.**

CÓ  KHÔNG

Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc không đăng ký để bỏ phiếu của quý vị, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hoặc không đăng ký để bỏ phiếu, hoặc quyền chọn đảng chính trị của quý vị, quý vị có thể khiếu nại với văn phòng Bộ trưởng Ngoại giao Oregon (Oregon Secretary of State) bằng cách gọi số **503-986-1518** hoặc gửi email cho **elections.sos@state.or.us**.

**2. Có ai trong hộ gia đình quý vị hiện là quân nhân hoặc đã từng phục vụ trong quân đội hoa kỳ không?**

CÓ, ghi tên họ dưới đây.  KHÔNG

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Nếu CÓ, người này có muốn được Bộ Cựu chiến binh (Department of Veterans' Affairs) liên hệ với họ về các nguồn hỗ trợ khác không?

CÓ  KHÔNG

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Nếu CÓ, người này có muốn được Bộ Cựu chiến binh (Department of Veterans' Affairs) liên hệ với họ về các nguồn hỗ trợ khác không?

CÓ  KHÔNG

## Quyền và Trách nhiệm của Quý vị

Thông tin trong phần này cho quý vị biết các quyền lợi và trách nhiệm của quý vị. "Quyền" của quý vị là những gì mà Bộ Xã hội Oregon (Department of Human Services) và Cơ quan Quản lý Y tế Oregon (Oregon Health Authority) đồng ý thực hiện cho quý vị. Trách nhiệm của quý vị là những gì quý vị đồng ý thực hiện khi quý vị nộp đơn xin trợ cấp y tế.

Vui lòng đọc thông tin này cẩn thận. Quý vị có thể yêu cầu nhân viên DHS giải thích thông tin này. Đặt câu hỏi nếu có điều gì đó quý vị không hiểu. Quý vị có thể gọi **1-800-699-9075** (TTY 711) nếu có thắc mắc. Quý vị đồng ý thực hiện một số việc khi quý vị (*Và gia đình*) nhận được trợ cấp từ DHS hoặc OHA. Quý vị có thể sẽ bị mất trợ cấp hoặc phải trả lại tiền trợ cấp cho DHS hoặc OHA nếu quý vị được trả dư trợ cấp.

Bản *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* có giải thích rõ ràng hơn về các quyền và trách nhiệm của quý vị. Bản *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* đã được đính kèm trong phong bì cùng với đơn đăng ký. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản hướng dẫn này trên mạng tại:

<http://bit.ly/renewohp2>. Quý vị cũng có thể gọi **1-800-699-9075 (TTY 711)** để yêu cầu một bản sao của *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn*.

### Quyền của quý vị (những gì quý vị có thể mong đợi từ DHS và OHA):

- DHS và OHA sẽ đối xử với quý vị một cách công bằng, lịch sự và tôn trọng.
- Quý vị có thể xem "Thông báo về Chính sách Quyền riêng tư" của chúng tôi trên mạng tại <https://apps.state.or.us/Forms/Served/mv2090.pdf> hoặc tại văn phòng DHS.
- Quý vị có thể yêu cầu trợ giúp với việc đăng ký, điền đơn hoặc báo cáo các thay đổi bằng ngôn ngữ chính của quý vị.
- DHS và OHA sẽ cung cấp thông tin theo định dạng hoặc ngôn ngữ quý vị có thể hiểu.
- DHS và OHA sẽ cố gắng hết sức để đáp ứng nhu cầu đặc biệt của quý vị nếu quý vị bị thương tật. DHS và OHA tuân thủ Đạo luật về Người Mỹ Khuyết tật (Americans with Disabilities Act) và Mục 504 của Đạo luật Phục hồi (Rehabilitation Act).
- **Quyền Điều trần của quý vị:**
  - » Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của OHA hoặc DHS về việc quý vị có đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hay không, quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần.
  - » Quý vị có thể yêu cầu điều trần nếu quý vị không nhận được quyết định từ chúng tôi trong vòng 45 ngày.
  - » Quý vị cũng có quyền chọn một đại diện được ủy quyền để hành động thay mặt cho quý vị trong quá trình điều trần.
  - » Quý vị có thể yêu cầu điều trần bằng cách gọi **1-800-699-9075 (TTY 711)**.
  - » If you want a hearing, you must request it within 90 days of the date on the eligibility notice you will receive (*in the mail or email*). Hạn chót để yêu cầu điều trần của quý vị không thay đổi mặc dù quý vị có liên lạc với chúng tôi.
  - » Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc tại nhà và cộng đồng hoặc chăm sóc tại nhà điều dưỡng, quý vị không có quyền được điều trần về vấn đề thu hồi gia sản. Xem phần Thu hồi Gia sản trong bản *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* để hiểu rõ hơn về Chương trình Thu hồi Gia sản (Estate Recovery Program).

### Trách nhiệm của quý vị (những việc quý vị phải làm):

#### Quý vị phải:

- Cung cấp cho DHS thông tin đúng, chính xác và đầy đủ;
- Đưa ra bằng chứng cho những việc quý vị báo cáo. Nếu quý vị không thể lấy bằng chứng, quý vị phải cho phép chúng tôi liên lạc với những người hoặc cơ quan khác để lấy bằng chứng khi cần.
- Cho phép nhân viên DHS và OHA đến nhà quý vị để thu thập thông tin về trường hợp của quý vị.
- Báo cáo thay đổi cho DHS và OHA.
- Giúp DHS và OHA lấy về bằng chứng nếu trường hợp của quý vị được chọn để đánh giá. Các trường hợp được chọn ngẫu nhiên để đánh giá.
- Cho phép phát hành hồ sơ hỗ trợ nuôi con của quý vị từ Bộ Tư pháp (Department of Justice), Văn phòng về Hỗ trợ Nuôi trẻ (Division of Child Support), cho DHS và OHA, trừ khi quý vị có lý do chính đáng.

## BƯỚC 7 Đọc và ký tên, tiếp

- Đăng ký và sử dụng một số trợ cấp hoặc tiền mà quý vị đủ điều kiện để nhận. Quý vị có thể tham khảo các ví dụ về các lợi ích hoặc tiền này trong *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn*.
- Báo cáo một số thay đổi nhất định liên quan đến thông tin quý vị đã cung cấp cho chúng tôi trong đơn đăng ký. Khi quý vị được cấp trợ cấp, thư thông báo sẽ nêu rõ quý vị phải báo cáo những gì và khi nào. Đọc thêm về báo cáo thay đổi trong *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn*.
- Báo cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế (*bác sĩ, phòng khám, nhà thuốc hoặc bệnh viện*) nếu quý vị có bảo hiểm y tế khác trước khi nhận dịch vụ chăm sóc. Xem *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* để biết thêm chi tiết.
- Báo cáo cho Đơn vị Thế chấp Tiền Bồi thường Thương tích Cá nhân (Personal Injury Liens Unit) trong vòng 10 ngày nếu **quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình quý vị**:
  - » Có trợ cấp y tế hoặc bảo hiểm từ chương trình Oregon Health Plan (OHP); và
  - » Có quyền đòi ai đó bồi thường cho một vụ chấn thương do họ gây ra.
- Tự động trao cho DHS và OHA quyền được nhận bồi thường từ các bên có trách nhiệm thanh toán cho bất cứ chi phí y tế nào của quý vị. Điều này áp dụng cho bất cứ ai đang có trợ cấp y tế từ DHS hoặc OHA. Đây được gọi là "chuyển nhượng quyền được nhận tiền" cho DHS hoặc OHA và CCO. Tìm hiểu thêm về chuyển nhượng quyền được nhận tiền trong *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn*.

## Thông tin bổ sung

### Sử dụng Số An sinh Xã hội (SSN)

Các luật liên bang sau đây quy định rằng bất cứ ai nộp đơn xin trợ cấp y tế đều phải cung cấp SSN, nếu có: Các luật liên bang - 42 USC 1320b-7(a), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b). Khi quý vị viết SSN của mình trên đơn đăng ký, việc này có nghĩa là quý vị cho phép Cơ quan Quản lý Y tế Oregon (OHA) hoặc Bộ Xã hội (DHS) sử dụng và chia sẻ nó với những tổ chức/cơ quan khác cho các mục đích sau đây:

- DHS và OHA sẽ sử dụng số SSN của quý vị để xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận trợ cấp hay không. Chúng tôi sẽ sử dụng SSN của quý vị để:
  - » Xác minh thu nhập của quý vị
  - » Xác minh tài sản khác
  - » Kiểm tra hồ sơ của các cơ quan tiểu bang và liên bang khác, ví dụ như:
    - Bộ Thuế vụ (IRS)
    - Sở An sinh Xã hội
    - Medicaid
    - Quyền lợi bảo hiểm thất nghiệp
    - Hỗ trợ trẻ em (Child Support)
    - Các chương trình trợ cấp chính phủ khác.
- DHS và OHA có thể sử dụng SSN của quý vị để chuẩn bị các hồ sơ, báo cáo mà các tổ chức/cơ quan tài trợ thường hay yêu cầu khi quý vị nộp đơn xin hoặc nhận trợ cấp.
- DHS và OHA có thể sử dụng hoặc tiết lộ số SSN của quý vị:
  - » Nếu chúng tôi cần nó để điều hành chương trình mà quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp hoặc đang nhận trợ cấp từ.
  - » Để điều hành các hoạt động đánh giá và cải thiện chất lượng dịch vụ;
  - » Để xác minh số tiền thanh toán hoặc thu hồi các khoản trợ cấp trả dư;
  - » Để xác minh không ai đang nhận trợ cấp từ nhiều hộ gia đình.

Nếu ai đó không có SSN nhưng muốn đăng ký xin SSN, truy cập [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) để biết cách đăng ký.

### Xác minh thu nhập và tài sản

Thông tin quý vị cung cấp trong đơn này về thu nhập và tài sản sẽ phải được xem xét và xác minh bởi các cơ quan liên bang, tiểu bang và địa phương. DHS và OHA sử dụng các hệ thống sau đây để xác định tư cách đủ điều kiện để nhận trợ cấp y tế của quý vị:

- Trung tâm Dịch vụ Dữ liệu Liên bang (Federal Data Services Hub, hoặc FDSH)
- Hệ thống Xác minh Tài sản (Asset Verification System, hoặc AVS).
- Hệ thống Xác minh Tính đủ điều kiện và Thu nhập (Income and Eligibility Verification System, hoặc IEVS)

Để tìm hiểu thêm về quá trình xác minh thu nhập và tài sản, vui lòng tham khảo *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn*.

### Chương trình Hỗ trợ Nuôi trẻ

Khi quý vị có bảo hiểm y tế, quý vị có thể sẽ phải làm việc với Chương trình Hỗ trợ Nuôi trẻ của tiểu bang nếu cha/mẹ của con quý vị là một phụ huynh vắng mặt. Quy định này có một số ngoại lệ nếu quý vị có lý do chính đáng. Xem *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* để hiểu rõ hơn về việc hợp tác với Chương trình Hỗ trợ Nuôi trẻ và lý do chính đáng.

### Chương trình Thu hồi Gia sản

Đối với bất cứ ai đang nhận dịch vụ chăm sóc dài hạn, sau khi họ qua đời, DHS hoặc OHA có thể đòi tiền từ gia sản của họ để trả cho các dịch vụ và hỗ trợ mà họ đã nhận được. Việc thu hồi tài sản này có một số ngoại lệ. Xem phần Thu hồi Gia sản trong *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn* để biết thêm chi tiết.

### Hình phạt đối với việc chuyển tài sản

Quý vị có thể không đủ điều kiện để hưởng một số trợ cấp nếu quý vị chuyển nhượng tài sản theo giá thấp hơn giá thị trường. Khi quý vị cho đi hoặc bán một tài sản nào đó, chúng tôi gọi việc đó là chuyển nhượng tài sản. Để biết thêm thông tin về các hình phạt liên quan đến chuyển nhượng tài sản, xem *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn*.

### Chính sách không phân biệt đối xử của chúng tôi

Bộ Xã hội (Department of Human Services, hoặc DHS) và Cơ quan Quản lý Y tế Oregon (Oregon Health Authority, hoặc OHA) không phân biệt đối xử với bất cứ ai. Điều này có nghĩa là DHS và OHA sẽ giúp tất cả những người đủ điều kiện. DHS và OHA sẽ không phân biệt đối xử với bất cứ ai vì bất cứ lý do nào dưới đây:

- Tuổi tác
- Nguồn gốc quốc gia
- Tình trạng khuyết tật
- Chủng tộc
- Giới tính
- Khuynh hướng tình dục\*
- Màu da
- Tôn giáo
- Tình trạng hôn nhân

Quý vị có thể trình đơn khiếu nại nếu quý vị tin rằng DHS hoặc OHA đã phân biệt đối xử với quý vị vì bất cứ lý do nào trong những lý do này. Để gửi khiếu nại, quý vị có thể gọi hoặc gửi thư đến Văn Phòng Biện hộ của Thống đốc:

Governor's Advocacy Office  
500 Summer Street NE, E17  
Salem, OR 97301  
503-945-6904  
1-800-442-5238, TTY 711  
Email: [DHS.info@dhsosha.state.or.us](mailto:DHS.info@dhsosha.state.or.us)

Cơ hội bình đẳng là luật!

Chúng tôi làm việc với Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ (U.S. Department of Agriculture, hoặc USDA) và Dịch vụ Y tế & Nhân sinh Hoa Kỳ (U.S. Health & Human Services, hoặc HHS). Cả hai đều là các cơ quan tuyển dụng lao động bình đẳng. Các trợ cấp và dịch vụ bổ sung sẽ có sẵn theo yêu cầu cho những người bị thương tật.

Để khiếu nại với USDA và HHS, vui lòng đọc mẫu "Thông tin về Khiếu nại về Phân biệt Đối xử dành cho Thân chủ (Client Discrimination Complaint Information)" (DHS 9001, <https://apps.state.or.us/forms/served/dv9001.pdf>).

\*Khuynh hướng tình dục được bảo vệ bởi luật tiểu bang chứ không phải luật liên bang.

**Khi ký đơn này, tôi đồng ý với các tuyên bố dưới đây:**

- Tôi ký đơn này theo hình phạt khai man. Điều đó có nghĩa là, theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tôi đã đưa ra câu trả lời đúng, chính xác và đầy đủ cho tất cả các câu hỏi trong đơn này. Tôi biết rằng theo luật liên bang, nếu tôi cung cấp thông tin sai lạc và không đúng sự thật, tôi có thể sẽ chịu hình phạt và/hoặc phải trả lại các khoản tiền trợ cấp đã trả dư cho tôi.
- Tôi hiểu và đồng ý với các quyền và trách nhiệm như được giải thích trong đơn này và trong *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn*.
- Tôi hiểu và đồng ý với nội dung của phần "Đọc và Ký tên" trong đơn đăng ký này (**Bước 7**) và phần "Đọc và Ký tên" trong *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn*.
- DHS và OHA có thể kiểm tra trường hợp của tôi. Quá trình kiểm tra có thể bao gồm việc DHS đến nhà tôi.
- DHS và OHA sẽ sử dụng các hệ thống và cơ sở dữ liệu máy tính của tiểu bang và liên bang để kiểm tra các thông tin tôi cung cấp trong đơn này.
- DHS và OHA có thể cung cấp thông tin từ đơn đăng ký này cho:
  - » Các cơ quan Liên bang và Tiểu bang phụ trách việc xét duyệt.
  - » Các cơ quan liên bang và tiểu bang và những cơ quan đòi nợ tư nhân, nếu tôi phải hoàn trả lại các khoản trợ cấp cho DHS hoặc OHA.
- DHS và OHA có thể sử dụng thông tin này để quản lý các chương trình trợ cấp chính phủ khác mà tôi được hưởng từ DHS hoặc OHA.
- Tôi xác nhận rằng tất cả mọi người trong hộ gia đình tôi đã cho phép tôi nộp thông tin của họ và nhận các giấy tờ liên quan đến khả năng nhận trợ cấp và đăng ký của họ.

**Lời khai và chữ ký**

Bằng cách ký vào đơn này, tôi xác nhận rằng

- Tôi đã đọc và hiểu nội dung của phần "Đọc và Ký tên" ở trên và phần "Đọc và Ký tên" trong *Hướng dẫn Đăng ký Xin Gia hạn (mẫu OHP 9025)*.
- Nếu quý vị là đại diện được ủy quyền, quý vị chỉ có thể ký tên ở đây nếu quý vị và đương đơn đã hoàn tất và ký Giấy Ủy quyền Đại diện (Authorized Representative) (<http://bit.ly/authrep3>).

Tên viết hoa ★	Chữ ký ★	Ngày hôm nay (tháng/ngày/năm) ★
-------------------	-------------	------------------------------------

**Trong số những người trong hộ gia đình quý vị mà đang xin trợ cấp, có ai:**

- Đang nhận hoặc đủ điều kiện nhận Medicare
- 65 tuổi trở lên
- Đang đăng ký xin dịch vụ chăm sóc dài hạn

CÓ  KHÔNG

**Nếu CÓ**, chúng tôi có thể cần xem xét tính đủ điều kiện của họ cho các chương trình dựa trên tuổi tác hoặc tình trạng mù mắt hoặc khuyết tật. Chúng tôi sẽ cần thông tin trong phụ lục này nếu chúng tôi xem xét trường hợp của quý vị cho các chương trình đó. Quý vị không phải trả lời những câu hỏi này ngay bây giờ, nhưng việc trả lời có thể sẽ tăng tốc quá trình xin gia hạn.

- 1. Cho chúng tôi biết quý vị và gia đình quý vị đang có các tài sản nào:** Tài sản có thể bao gồm: Tiền mặt, tiền do người khác nắm giữ, tài khoản chi phiếu, tài khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu, tiền trong hộp ký gửi an toàn, hợp đồng mua bán, quỹ bất động sản, quỹ hưu trí, chúng chỉ tiền gửi có kỳ hạn, quỹ cá nhân/bổ sung, chứng khoán, tài khoản ủy thác và niên kim, và các quỹ ủy thác.

Tài sản	Địa điểm và số tài khoản	Ai là người đứng tên tài sản này	Số tiền hoặc giá trị
			\$
			\$
			\$
			\$

- 2. Có ai trong hộ gia đình sở hữu một phương tiện vận chuyển không?** Bao gồm ô tô, xe tải, xe máy, thuyền, xe cắm trại, phương tiện cơ giới khác, xe kéo, thiết bị trang trại hoặc kinh doanh.  CÓ  KHÔNG

Phương tiện (hiệu/model/năm)	Chủ sở hữu	Giá trị hiện tại	Số tiền còn nợ
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

- 3. Có ai trong hộ gia đình hiện đang sở hữu bất động sản không?** Bất động sản có thể bao gồm nhà quý vị đang ở, doanh nghiệp, bất động sản cho thuê, hoặc nhà nghỉ mát.

CÓ, vui lòng liệt kê chúng dưới đây. Nếu có nhiều bất động sản, vui lòng tạo một bản sao của trang này để liệt kê đầy đủ.  
 KHÔNG

Loại bất động sản:							
Địa chỉ bất động sản:							
Thành phố:		Tiểu bang:		Mã bưu chính:		Quận:	
<b>a. Giá trị hiện tại:</b> _____		<b>Số tiền còn nợ:</b> _____		<b>Tiền thế chấp hàng tháng:</b> _____			
<b>b. Thuế bất động sản (trừ khi được tính vào thế chấp hàng tháng):</b> _____							
<b>c. Bảo hiểm hỏa hoạn: (trừ khi được tính vào thế chấp hàng tháng):</b> _____							
<b>d. Chủ sở hữu:</b> _____							
<b>e. Mục đích sử dụng bất động sản (kinh doanh, nhà nghỉ, cho thuê, vv):</b> _____							
<b>f. Quyền sở hữu bất động sản này có phải là quyền sở hữu suốt đời không?</b> <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG							



- 4. Chuyển nhượng tài sản:** Quý vị hoặc các đương đơn khác có bao giờ bán, giao dịch, cho đi hoặc chuyển nhượng (cả đến lần từ một tín thác) bất cứ tài sản nào sau đây: tài sản cá nhân, tiền mặt, bất động sản (đất đai, nhà cửa, hoặc lãi bất động sản sở hữu suốt đời) hoặc tiền lời từ một khoản vay dựa trên tiền vốn của một căn nhà trong vòng 60 tháng qua (5 năm) không?

CÓ, vui lòng cung cấp thông tin cho chúng tôi dưới đây.  KHÔNG

Mô tả tài sản	Ngày chuyển nhượng	Giá trị lúc chuyển nhượng	Số tiền nhận được	Số tiền còn nợ quý vị	Số tiền nhận được mỗi tháng
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$

**Trong số các trường hợp chuyển nhượng tài sản nêu trên, có trường hợp nào là kết quả của việc ly hôn không?**  CÓ  KHÔNG

**Nếu được chuyển đến hoặc từ Tín thác, Tín thác này có hủy bỏ được không?**  CÓ  KHÔNG

Tên luật sư: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

- 5. Có ai trong hộ gia đình đã được sắp xếp và thanh toán trước dịch vụ chôn cất hoặc mai táng không?**  CÓ  KHÔNG

Tên và họ của người được sắp xếp và trả trước dịch vụ chôn cất: \_\_\_\_\_

Nhà tang và địa điểm: \_\_\_\_\_

Giá trị hiện tại của kế hoạch mai táng/chôn cất này là gì? \$ \_\_\_\_\_

Thỏa thuận Chôn cất Trả trước này được tài trợ như thế nào?

Bảo hiểm mai táng  Tín thác không thể hủy bỏ  Nhà cung cấp dịch vụ tang lễ có giấy phép  Tín thác có thể hủy bỏ  Quỹ chôn cất

---

Tên và họ của người được sắp xếp và trả trước dịch vụ chôn cất: \_\_\_\_\_

Nhà tang và địa điểm: \_\_\_\_\_

Giá trị hiện tại của kế hoạch mai táng/chôn cất này là gì? \$ \_\_\_\_\_

Thỏa thuận Chôn cất Trả trước này được tài trợ như thế nào?

Bảo hiểm mai táng  Tín thác không thể hủy bỏ  Nhà cung cấp dịch vụ tang lễ có giấy phép  Tín thác có thể hủy bỏ  Quỹ chôn cất

- 6. Có ai trong hộ gia đình có bảo hiểm nhân thọ hoặc bảo hiểm mai táng không?**  CÓ  KHÔNG

Tên và họ của người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Loại bảo hiểm (trộn đời, có hạn, chôn cất): \_\_\_\_\_

Mệnh giá của hợp đồng bảo hiểm này là bao nhiêu? \$ \_\_\_\_\_

---

Tên và họ của người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Loại bảo hiểm (trộn đời, có hạn, chôn cất): \_\_\_\_\_

Mệnh giá của hợp đồng bảo hiểm này là bao nhiêu? \$ \_\_\_\_\_

7. Quý vị hoặc có người nào trong gia đình quý vị trả chi phí nhà ở không?  CÓ  KHÔNG

a. Nếu có, tổng số tiền phải trả: \$ \_\_\_\_\_

- Quý vị trả bao nhiêu? \$ \_\_\_\_\_

- Có ai khác cùng trả không? \_\_\_\_\_ Số tiền người này trả là bao nhiêu? \$ \_\_\_\_\_

b. Khoản tiền này có bao gồm bất cứ phí tiện ích nào không?

CÓ, cho chúng tôi biết về những tiện ích không được tính vào số tiền trên.  KHÔNG

Nước và nước thải: \$ \_\_\_\_\_  Rác: \$ \_\_\_\_\_  Điện: \$ \_\_\_\_\_

Khí ga: \$ \_\_\_\_\_  Tiện ích khác: \_\_\_\_\_ Số tiền: \$ \_\_\_\_\_

c. Quý vị có phải trả tiền năng lượng sưởi ấm/làm lạnh bên cạnh tiền nhà không?  CÓ  KHÔNG

d. Có ai trong hộ gia đình quý vị trả bất cứ phần nào chi phí tiện ích nơi quý vị đang ở không?  CÓ  KHÔNG

Người trả	Tiện ích	Chu kỳ trả	Liều lượng
			\$
			\$
			\$
			\$

8. Có ai trong gia đình của quý vị phải trả cho một chi phí y tế nào đó không? Quý vị không bắt buộc phải cho chúng tôi biết về chi phí y tế của quý vị, nhưng việc khai các chi phí này có thể sẽ làm giảm số tiền quý vị phải trả cho các dịch vụ chăm sóc dài hạn. Một số ví dụ là tiền thuốc theo toa, phí bảo hiểm y tế, các khoản đồng thanh toán (copay), v.v.

CÓ, vui lòng cung cấp thông tin cho chúng tôi dưới đây.  KHÔNG

Người trả	Loại chi phí	Chu kỳ trả	Liều lượng
			\$
			\$
			\$
			\$

**Việc điền mẫu này là tùy ý và sẽ không ảnh hưởng đến các quyết định về trợ cấp của quý vị.** Điền các thông tin dưới đây cho mỗi sở làm/công ty có tài trợ bảo hiểm sức khỏe. Quý vị có thể lấy trang này làm công cụ để trao cho sở làm/công ty của mình để được giúp trả lời những câu hỏi về chương trình bảo hiểm mà họ cung cấp.

**1. Sở làm/công ty này là của ai?**

Tên/Họ: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

**2. Thông tin về sở làm/công ty:****a. Tên của Sở làm/công ty:** \_\_\_\_\_**b. Tên của người mà chúng tôi có thể liên hệ tại văn phòng sở làm/công ty của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe này:**

Tên: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**3. Sở làm/công ty này có cung cấp bảo hiểm y tế trong năm nay không?**  CÓ  KHÔNG**4. Người này sẽ phải trả mức phí bảo hiểm nào để có thể tham gia chương trình có mức phí thấp nhất mà đáp ứng được tiêu chuẩn giá trị tối thiểu (minimum value standard)\* (không bao gồm các chương trình dành cho gia đình)?** Nếu sở làm/công ty này có các chương trình sức khỏe (wellness programs), hãy liệt kê mức phí mà nhân viên sẽ phải trả nếu họ được hưởng khoản giảm trừ tối đa dành cho chương trình bỏ hút thuốc nhưng không được hưởng khoản giảm trừ từ một chương trình sức khỏe nào khác.Mức phí bảo hiểm: \$ \_\_\_\_\_  Tôi không biếtTrả theo chu kỳ:  Hàng tuần  Mỗi hai tuần  Hàng tháng  Hai lần mỗi tháng  Khác: \_\_\_\_\_**5. Người này hiện nay có đang tham gia chương trình bảo hiểm y tế này không?**  CÓ  KHÔNG**6. Sở làm/công ty này có cung cấp bảo hiểm cho vợ/chồng/người phụ thuộc không?**  CÓ  KHÔNG**7. Bảo hiểm này sẽ thay đổi trong năm tới không?** CÓ, thay đổi như thế nào.  KHÔNG  Tôi không biết liệu sở làm/công ty này sẽ thay đổi chương trình hay không Sở làm/công ty sẽ ngưng tài trợ bảo hiểm Sở làm/công ty sẽ đổi mức phí bảo hiểm. Mức phí thấp nhất phải trả để tham gia chương trình chỉ dành cho những nhân viên đáp ứng được tiêu chuẩn về giá trị tối thiểu\* (không bao gồm các chương trình dành cho gia đình) sẽ là:Mức phí bảo hiểm: \$ \_\_\_\_\_  Tôi không biếtTrả theo chu kỳ:  Hàng tuần  Mỗi hai tuần  Hàng tháng  Hai lần mỗi tháng  Khác: \_\_\_\_\_Khi nào thay đổi này sẽ có hiệu lực? \_\_\_\_\_  Tôi không biết**8. Người này sẽ đăng ký vào chương trình bảo hiểm của sở làm/công ty này trong năm tới không?** CÓ, khi nào? \_\_\_\_\_  KHÔNG**9. Người này có dự định ngưng tham gia vào chương trình bảo hiểm của sở làm/công ty trong năm tới không?** CÓ, khi nào? \_\_\_\_\_  KHÔNG

\*"Tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" được đáp ứng nếu chương trình bảo hiểm của sở làm/công ty trả 60% trở lên phần phí được chương trình bảo trợ trên tổng số phí được cho phép (Mục 36B(c)(2)(C)(ii) Bộ luật Thuế Vụ Liên bang năm 1986)

www.OHP.Oregon.gov  
1-800-699-9075 (TTY 711)

