

Đơn Xin Bảo Hiểm Y Tế Và Nha Khoa Của Massachusetts Và Trợ Giúp Trả Chi Phí



CÁCH THỨC NỘP ĐƠN



Quý vị có thể gửi đơn của mình bằng mọi cách sau đây.

- **Đăng nhập vào tài khoản của quý vị tại MAhealthconnector.org.**
Quý vị có thể tạo một tài khoản online nếu chưa có.
Nộp đơn online có thể giúp quý vị nhận được bảo hiểm nhanh hơn là gửi đơn bằng giấy qua đường bưu điện.
- **Gửi** đơn đã điền có chữ ký của quý vị đến
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780.
- **Gửi fax** đơn đã điền có chữ ký của quý vị đến số (857) 323-8300.
- **Hãy gọi cho** chúng tôi tại số **(800) 841-2900**
(TTY: (800) 497-4648 dành cho những người bị điếc, khiếm thính hoặc khuyết tật)
hoặc **(877) MA ENROLL ((877) 623-6765)**.
- **Vào trang web** Trung tâm Ghi danh MassHealth (MassHealth Enrollment Center - MEC) để trực tiếp nộp đơn. Xem **Cẩm Nang Thành Viên Nhận Trợ Giúp Về Bảo Hiểm Y Tế & Nha Khoa và Trợ Giúp Trả Chi Phí** để biết danh sách các địa chỉ MEC.
- Quý vị có thể dùng đơn này để xin Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). SNAP là một chương trình liên bang giúp quý vị mua thực phẩm mỗi tháng. Nếu quý vị quan tâm, hãy đánh vào ô ở trang 1, sau đó đọc và ký tên vào các quyền và trách nhiệm về SNAP trên các trang 20-25. Đơn của quý vị sẽ tự động gửi đến Sở Trợ Cấp Chuyển Tiếp. Quý vị không cần phải xin chương trình SNAP để được nhận vào MassHealth.



DÙNG ĐƠN NÀY ĐỂ XEM NHỮNG LỰA CHỌN BẢO HIỂM MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN.

- Bảo hiểm giá rẻ từ MassHealth, Health Safety Net (HSN), Children's Medical Security Plan (CMSP), hoặc Health Connector. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận một trong những chương trình này bất kể thu nhập bao nhiêu.
- Các chương trình bảo hiểm y tế tư với giá rẻ có loại bảo hiểm toàn diện để giúp giúp khỏe mạnh
- Một khoản tín dụng thuế có thể giúp trả phí bảo hiểm y tế của quý vị ngay lập tức



AI CÓ THỂ DÙNG ĐƠN NÀY?

Đơn này dành cho những người cần bảo hiểm y tế hoặc nha khoa và giúp trả chi phí đó, và dành cho những người

- đang sống ở Massachusetts;
- không sống trong hoặc sắp vào cơ sở điều dưỡng; và
- dưới 65 tuổi.

Đơn này cũng có thể dành cho những người ở mọi độ tuổi đang

- là phụ huynh của trẻ em dưới 19 tuổi, hoặc
- người thân của những ai sống cùng và chăm sóc trẻ em dưới 19 tuổi khi không có phụ huynh ở cùng nhà.

Nếu đơn này không phù hợp cho quý vị, hãy gọi cho chúng tôi tại số (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648.

Đơn này có sẵn bằng tiếng Tây Ban Nha. Vui lòng gọi số ở trên để xin đơn.

Nộp đơn ngay khi quý hoặc con quý vị đã có bảo hiểm y tế gồm bảo hiểm của MassHealth và Health Connector. Quý vị có thể đủ điều kiện để nhận bảo hiểm. Chúng tôi cần biết về tất cả các thành viên trong gia đình của quý vị để quyết định xem quý vị có đủ điều kiện không.

Nếu có ai đang giúp quý vị điền đơn này, quý vị có thể cần phải điền vào một mẫu đơn riêng cho phép người đó đại diện cho quý vị. Xem **Đơn chỉ định đại diện được ủy quyền** ở cuối đơn này.



NHỮNG GÌ QUÝ VỊ CÓ THỂ CẦN ĐỂ XIN

- Số an sinh xã hội, nếu quý vị có đủ cho các thành viên gia đình đang xin
- Tờ khai thuế liên bang, nếu quý vị có khai thuế
- Thông tin về quốc tịch/tình trạng quốc gia hoặc tình trạng nhập cư
- Thông tin về công ty nơi làm việc và thu nhập của mọi người trong gia đình (ví dụ: từ bảng lương hoặc bảng sao kê lương)
- Thông tin về bất kỳ bảo hiểm y tế nào liên quan đến công việc hoặc bảo hiểm khác mà quý vị hiện đang có hoặc có thể nhận



TẠI SAO CHÚNG TÔI YÊU CẦU THÔNG TIN NÀY?

Chúng tôi hỏi về thu nhập và các thông tin khác để xem quý vị có đủ điều kiện nhận bảo hiểm nào và nếu quý vị có thể nhận được bất kỳ trợ cấp nào để trả cho khoản bảo hiểm đó. **Chúng tôi sẽ giữ tất cả thông tin quý vị cung cấp ở chế độ riêng tư và bảo mật, theo qui định của pháp luật.** Để xem Chính sách Quyền riêng tư của Health Connector, hãy vào trang MAhealthconnector.org. Để xem Chính sách về Quyền riêng tư của MassHealth, hãy xem Cẩm Nang Thành viên hoặc vào trang web www.mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-information.



BƯỚC TIẾP THEO LÀ GÌ?

Quý vị sẽ nhận hướng dẫn về các bước tiếp theo để hoàn thành quy trình xem xét quý vị có đủ điều kiện không. Nếu quý vị có đủ điều kiện nhận MassHealth và phải đăng ký vào một chương trình bảo hiểm y tế, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị. Sau đó, quý vị có thể chọn một chương trình bảo hiểm bằng cách vào trang web www.mass.gov/eohhs/how-to/planenrollment. Điền vào đơn này không có nghĩa là quý vị phải mua bảo hiểm y tế. Nếu quý vị cần giúp chọn một chương trình bảo hiểm y tế, quý vị có thể tìm hiểu thêm trong trang web MassHealthChoices.com.



CẦN GIÚP ĐIỀN ĐƠN NÀY

Điện thoại: vui lòng gọi cho chúng tôi để được giúp điền đơn này hoặc nếu quý vị cần dịch vụ thông dịch. **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648.



HƯỚNG DẪN TỔNG QUÁT

- Vui lòng **viết rõ và trả lời tất cả đầy đủ các câu hỏi**. Có một số phần mà quý vị sẽ được hướng dẫn bỏ qua một số câu hỏi. Ngoài những trường hợp ngoại lệ đó, câu trả lời bỏ trống hoặc không đầy đủ sẽ làm chậm quá trình xử lý đơn của quý vị.
- Quý vị có thể tải xuống các trang để bổ sung thêm người trong gia đình tại www.mass.gov/masshealth. Hãy cho chúng tôi biết mối quan hệ của từng người. Chúng tôi cần thông tin này để xác định xem quý vị có đủ điều kiện không.
- Không cần thiết phải gửi các trang trống cho Bước 2 nếu quý vị không có nhiều người trong gia đình mình. Hãy đảm bảo quý vị ghi rõ trong Phần 1 về số người nộp đơn, và gửi theo tất cả các phần khác dù là trống hoặc trống một phần.
 - MassHealth hoặc Massachusetts Health Connector sẽ gửi thông báo Yêu cầu Thông tin nếu chúng tôi cần thêm bất kỳ thông tin hoặc bằng chứng nào để xem quý vị có đủ điều kiện không. Nếu chúng tôi gửi thông báo Yêu cầu cung cấp thông tin, người đó có 90 ngày để gửi bằng chứng theo yêu cầu. MassHealth có thể cung cấp các phúc lợi tạm thời trong thời gian 90 ngày này cho những người nộp đơn đủ điều kiện dưới 21 tuổi và cho những người tự xác nhận đang có thai, nhiễm HIV, hoặc ung thư vú hoặc cổ tử cung. **Phúc lợi MassHealth có thể không cấp cho người từ 21 tuổi trở lên cho đến khi tất cả thu nhập trong hộ gia đình MAGI được xác minh, trừ khi người đó đang có thai, nhiễm HIV hoặc đang điều trị cho bệnh ung thư vú hoặc cổ tử cung.**
 - Để nhận được phúc lợi mà quý vị được quyền hưởng càng sớm càng tốt, quý vị có thể gửi kèm theo bất kỳ tài liệu nào có thể xác minh tất cả thu nhập của hộ gia đình.

Để tìm các nguồn và thông tin liên quan đến coronavirus cho người nộp đơn và thành viên MassHealth, hãy vào trang www.mass.gov/coronavirus-disease-covid-19-and-masshealth.

Đơn Xin Bảo Hiểm Y Tế & Nha Khoa Và Giúp Trả Chi Phí Của Massachusetts



Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)

Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP) là một chương trình liên bang giúp quý vị mua thực phẩm bổ dưỡng mỗi tháng.

Đánh dấu vào ô này nếu quý vị muốn gửi đơn này đến Sở Trợ Cấp Chuyển Tiếp để làm đơn xin trợ cấp SNAP. Quý vị phải đọc các quyền lợi và trách nhiệm ở trang 20-25 và ký vào trang 26 để tiếp tục điền đơn.

BƯỚC 1 Người thứ 1. Giới thiệu về bản thân. Vui lòng viết rõ ràng.

Chúng tôi cần một người lớn trong hộ gia đình làm người đại diện để liên lạc cho đơn này. Xin lưu ý rằng đây phải là người có tên trên đơn, không phải là bên thứ ba đại diện liên lạc cho (các) người nộp đơn. Vui lòng xem Mẫu đơn Chỉ định Người Đại diện (ARD) ở cuối đơn này để tạo mối quan hệ là người thứ ba làm đại diện.

1. Tên, chữ đệm, họ		2. Ngày/tháng/năm sinh	
3. Địa chỉ email của quý vị là gì?			
<input type="checkbox"/> Không có địa chỉ nhà. Lưu ý: nếu quý vị đánh dấu vào ô này, quý vị phải cung cấp địa chỉ nhận thư.			
4. Địa chỉ nhà		5. Số chung cư hoặc số căn hộ	
6. Thành phố	7. Tiểu bang	8. Zipcode	9. Quận Hạt
10. Địa chỉ gửi thư <input type="checkbox"/> Kiểm tra xem có giống với địa chỉ nhà không.			11. Số chung cư hoặc số căn hộ
12. Thành phố	13. Tiểu bang	14. Zipcode	15. Quận Hạt
16. Số điện thoại	17. Số điện thoại khác	18. # người được liệt kê trên đơn	
19. Ngôn ngữ ưa chuộng của quý vị là gì, nếu không phải là tiếng Anh? Nói _____ Viết _____			
20. Có ai trên đơn này đang ở tù hoặc trại giam không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Xin hãy chọn Không nếu người này sẽ được về trong 60 ngày tới. Nếu Có , thì đó là ai? Nhập tên ở đây: _____ Nếu Có , người này có đang chờ phiên xét xử không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

CHỈ DÀNH CHO NGƯỜI GIÚP ĐĂNG KÝ

Hoàn thành phần này nếu quý vị là người giúp ghi danh và đang điền đơn này cho người khác. Người giúp phải điền vào mẫu đơn chỉ định người giúp nếu chưa làm. Cố vấn viên điền đơn có chứng nhận phải điền vào Mẫu Chỉ định Cố Vấn Viên Điền Đơn Có Chứng Nhận nếu chưa làm.

Đánh vào một ô dành cho người Giúp Cố vấn viên điền đơn có chứng nhận

Tên, tên lót, họ		Địa chỉ email	
Tên tổ chức	Số nhận dạng tổ chức	Số điện thoại của tổ chức	

BƯỚC 2 Hãy cho chúng tôi biết về hộ gia đình của quý vị.

Quý vị cần có ai trong đơn này?

Hãy cho chúng tôi biết về tất cả các thành viên trong gia đình sống với quý vị. Nếu quý vị khai thuế, chúng tôi cần biết về mọi người có trên tờ khai thuế của quý vị. Quý vị không cần phải khai thuế để nhận MassHealth, Health Safety Net, hoặc Children's Medical Security Plan, nếu quý vị đủ điều kiện.

NÊN có

- Quý vị và người vợ/chồng của mình (nếu đã kết hôn)
- Con ruột, con nuôi hoặc con riêng dưới 19 tuổi của quý vị
- Người bạn đời sống chung chưa kết hôn nếu quý vị có con chung dưới 19 tuổi
- Con của người bạn đời sống chung chưa kết hôn đang sống chung và dưới 19 tuổi, nếu quý vị cũng có ghi người này trên đơn
- Bất kỳ ai mà quý vị có trên tờ khai thuế (ngay cả khi họ không sống với quý vị)
- Bất kỳ ai mà người bạn đời sống chung chưa kết hôn của quý vị có khai trên thuế thu nhập của họ (ngay cả khi họ không sống với quý vị), nếu quý vị có ghi người bạn đời này trên đơn
- Bất kỳ ai khác dưới 19 tuổi mà sống chung và chăm sóc

Không ghi vào đơn

- Người bạn đời sống chung chưa kết hôn, trừ khi quý vị có con chung
- Con của người bạn đời sống chung chưa kết hôn của quý vị, trừ khi con sống với quý vị hoặc người bạn đời này có khai thuế chung với con
- Cha mẹ sống chung với quý vị nếu họ không khai thuế quý vị là người phụ thuộc trên thuế của họ (nếu quý vị từ 19 tuổi trở lên)
- Những hộ hàng đã trưởng thành khác mà quý vị không khai là người phụ thuộc trên thuế của quý vị

Mức độ cần giúp hoặc loại chương trình mà quý vị có thể đủ điều kiện tham gia tùy thuộc vào số người trong hộ gia đình và thu nhập của họ. Thông tin này giúp chúng tôi đảm bảo mọi người có đủ điều kiện đều nhận được bảo hiểm.

HOÀN THÀNH BƯỚC 2 CHO BẢN THÂN QUÝ VỊ và TẤT CẢ CÁC THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH KHÁC những người sống với quý vị, hoặc bất kỳ ai trên tờ khai thuế thu nhập liên bang nếu quý vị có khai. Nếu quý vị không khai thuế, quý vị vẫn phải thêm các thành viên trong gia đình sống với quý vị.

BƯỚC 2 Người thứ 1. Phần này là để thu thập thêm thông tin về người đại diện để liên lạc có tên trên trang 1.

1. Tên, tên lót, và họ

2. Mối quan hệ với quý vị **BẢN THÂN** 3. Ngày sinh (ngày/tháng/năm) 4. Giới tính Nam Nữ

5. **Không bắt buộc** Chủng tộc hoặc dân tộc của quý vị là gì? _____ Vui lòng xem trang 27.

MassHealth cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc bình đẳng cho tất cả các thành viên bất kể chủng tộc, dân tộc hoặc ngôn ngữ được sử dụng. Vui lòng hoàn thành câu hỏi này để giúp chúng tôi đáp ứng nhu cầu về ngôn ngữ và văn hóa cho quý vị. Lưu ý câu trả lời của quý vị là tự nguyện, bí mật và sẽ không ảnh hưởng đến tình trạng đủ điều kiện của quý vị hoặc được sử dụng cho bất kỳ mục đích phân biệt đối xử nào.

6. Quý vị có số an sinh xã hội (SSN) không? Có Không (không bắt buộc nếu **không** nộp đơn)

Chúng tôi cần số an sinh xã hội (SSN) cho mỗi người đang xin bảo hiểm y tế. SSN không bắt buộc phải có nếu những ai không đăng ký bảo hiểm y tế, nhưng nếu cung cấp SSN cho chúng tôi thì có thể làm nhanh quá trình xét duyệt đơn. Chúng tôi sử dụng SSN để kiểm tra thu nhập và các thông tin khác để xem ai đủ điều kiện nhận trợ giúp về chi phí bảo hiểm y tế. Nếu có người đang nộp đơn xin MassHealth Premium Assistance, thì quý vị buộc phải có số an sinh xã hội. Nếu ai đó cần giúp xin số SSN, hãy gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội (Social Security Administration) tại số (800) 772-1213 (TTY: (800) 325-0778), hoặc vào trang web socialsecurity.gov.

Nếu **Có**, cho chúng tôi số _____ - _____ - _____

Nếu **Không**, hãy đánh vào ô chọn một trong những lý do sau.

Đã nộp Ngoại lệ vì không phải là công dân Ngoại lệ vì lý do tôn giáo

Tên của quý vị trên đơn này có giống với tên trên thẻ an sinh xã hội không? Có Không

Nếu **Không**, tên trên thẻ an sinh xã hội của quý vị là gì? _____

Tên, tên lót, và họ _____

BƯỚC 2 Người thứ 1 (tiếp theo)

7. Nếu quý vị nhận được Advance Premium Tax Credit (APTC), quý vị có đồng ý khai thuế liên bang cho năm thuế mà quý vị nhận các khoản tín dụng đó không? Có Không

Các cá nhân có thể không cần hoặc đã chọn không khai thuế trước đây, nhưng họ sẽ phải khai thuế thu nhập liên bang cho bất kỳ năm nào họ nhận được APTC. Họ phải đánh "Có" cho câu hỏi 7 để đủ điều kiện nhận ConnectorCare hoặc APTCs để giúp trả cho bảo hiểm y tế của mình. **Quý vị KHÔNG cần phải khai thuế để xin hoặc nhận MassHealth, CMSP hoặc HSN, nếu quý vị đủ điều kiện**

Nếu **Có**, vui lòng trả lời các câu hỏi từ a đến d. Nếu **Không**, qua câu hỏi d.

Những cá nhân phải khai thuế liên bang chung với vợ/chồng của họ trong năm để nộp đơn xin một số chương trình nhất định (ConnectorCare hoặc APTCs) trừ khi họ là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc bị bỏ hoặc họ sẽ khai thuế với tư cách là Chủ hộ gia đình. Nếu một cá nhân khai thuế với tư cách là Chủ hộ gia đình, họ nên trả lời Không cho câu hỏi 7a ("Quý vị đã kết hôn hợp pháp chưa?"). Cách mà một cá nhân có thể đủ điều kiện làm Chủ hộ là sống tách biệt với vợ/chồng của mình và khai một người khác là người phụ thuộc. Xem IRS Publication 501 hoặc tham khảo ý kiến chuyên gia thuế để biết thông tin khai thuế. Họ chỉ cần khai về bản thân và bất kỳ người phụ thuộc nào trên đơn này.

- a. Quý vị đã kết hôn hợp pháp chưa? Có Không

Nếu **Không**, qua câu hỏi 7c.

Nếu **Có**, liệt kê tên vợ/chồng và ngày tháng năm sinh. _____

- b. Quý vị có dự định khai thuế liên bang chung với vợ/chồng của mình cho năm thuế mà quý vị đang nộp đơn không? Có Không

- c. Quý vị có khai bất kỳ người phụ thuộc nào trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của quý vị vào năm mà quý vị đang nộp đơn không? Có Không

Quý vị sẽ yêu cầu một khoản khấu trừ miễn trừ cá nhân trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của quý vị cho bất kỳ cá nhân nào được liệt kê trong đơn này với tư cách là người phụ thuộc được đăng ký bảo hiểm thông qua Massachusetts Health Connector và phí bảo hiểm được trả toàn bộ hoặc một phần bằng các khoản trả trước. Liệt kê (các) tên và (các) ngày sinh của những người phụ thuộc.

- d. Quý vị có bị tuyên bố là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của người khác cho năm mà quý vị nộp đơn không? Có Không

Nếu quý vị được người khác khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế thu nhập liên bang của họ, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng nhận được khoản tín dụng thuế của quý vị. Đừng trả lời **Có** cho câu hỏi này nếu bạn là một đứa trẻ dưới 21 tuổi được cha mẹ không có quyền nuôi dưỡng khai là người phụ thuộc. Nếu **Có**, vui lòng liệt kê tên của người khai thuế.

Ngày sinh của người khai thuế _____ Quý vị có quan hệ như thế nào với người khai thuế? _____

Người khai thuế đã kết hôn, khai thuế chung chưa? Có Không

Nếu **Có**, liệt kê tên vợ/chồng và ngày tháng năm sinh. _____

Người khai thuế còn khai ai khác là người phụ thuộc không? _____

- e. Quý vị có đang nộp thuế riêng vì là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc bị bỏ không? Có Không

Không bắt buộc Để hoàn thành phần này, hãy đọc các lời khai sau. Sau đó đánh vào ô **Có** bên dưới lời khai nếu:

1. Trước đây quý vị đã nhận được APTC hoặc ConnectorCare và
2. Lời khai là đúng cho tất cả những người được liệt kê trong hộ gia đình.

Lời khai Tôi đã nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang cho Sở Thuế vụ (IRS) cho mỗi năm mà tôi nhận được (APTC). Khi tôi khai thuế, tôi đã gửi kèm theo đơn 8962 của IRS, có thông tin về khoản tín dụng thuế mà tôi nhận được, để IRS có thể điều chỉnh APTC của tôi. Có Không

8. Quý vị có xin bảo hiểm y tế hoặc nha khoa cho **BẢN THÂN** không? Có Không

Nếu **Có**, trả lời tất cả các câu hỏi bên dưới. Nếu **Không**, trả lời Câu hỏi 14 và 15, sau đó qua **Thông tin thu nhập** trên trang 4.

9. Quý vị là công dân Hoa Kỳ hay người có quốc tịch Hoa Kỳ? Có Không

Nếu **Có**, quý vị có phải là công dân nhập tịch (không sinh ra ở Mỹ) không? Có Không

Số Thường Trú Nhân (Alien number) _____ Số giấy chứng nhận nhập tịch hoặc quốc tịch _____

10. Nếu quý vị là không phải công dân, quý vị có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? Có Không. Nếu **Không**, sang Câu hỏi 11.

Xem trang 27, "Tình trạng nhập cư và loại tài liệu" để được trợ giúp. Nếu không hoặc không trả lời, người nộp đơn chỉ có thể nhận được một hoặc vài chương trình sau đây: MassHealth Standard (nếu đang mang thai), MassHealth Limited, Children's Medical Security Pla (CMSP) hoặc Health Safety Net (HSN).

- a. Nếu **Có**, quý vị có tài liệu nhập cư không? Có Không

Nó có thể giúp chúng tôi xử lý đơn này nhanh hơn nếu quý vị đính kèm một bản sao của các tài liệu nhập cư cho tất cả các cá nhân đang xin. Chúng tôi sẽ cố gắng xác minh tình trạng nhập cư bằng cách so sánh dữ liệu điện tử. Vui lòng liệt kê tất cả

BƯỚC 2 Người thứ 1 (tiếp theo)

các tình trạng hoặc điều kiện nhập cư áp dụng cho tất cả các cá nhân trong đơn này kể từ khi họ nhập cảnh vào Hoa Kỳ. Nếu quý vị cần thêm chỗ, hãy đính kèm một tờ giấy khác.

Ngày được nhận quyền nhập cư (ngày/tháng/năm) _____ (Đối với những người bị đánh đập, hãy nhập ngày đơn yêu cầu được chấp thuận là đã được nộp đúng cách.)

Tình trạng di trú _____ Loại tài liệu nhập cư _____

Chọn một hoặc nhiều tình trạng và loại tài liệu từ danh sách ở trang 27.

Số ID tài liệu _____ Số Alien _____

Ngày hết hạn của hộ chiếu hoặc tài liệu (ngày/tháng/năm) _____ Quốc gia _____

- b. Quý vị có sử dụng cùng một tên trên xin nhập cư với tên mà quý vị đã điền trên đơn này không? Có Không
Nếu **Không**, quý vị đã sử dụng tên gì? Tên, tên lót, và họ _____
- c. Quý vị có đến Mỹ sau ngày 22 tháng 8 năm 1996 không? Có Không
- d. Quý vị có phải là một cựu chiến binh hoặc thành viên tại ngũ trong quân đội Hoa Kỳ đã giải ngũ danh dự hoặc là vợ/chồng hoặc con của một cựu chiến binh đã giải ngũ danh dự hoặc một thành viên tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? Có Không
- e. **Không bắt buộc** Quý vị là: nạn nhân của tệ nạn buôn người nghiêm trọng,
 vợ/chồng, con, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của nạn nhân buôn người
 người vợ/chồng đã bị đánh đập, con hoặc cha mẹ của người vợ/chồng bị đánh đập?

11. Quý vị có sống chung với ít nhất một đứa trẻ dưới 19 tuổi, và quý vị có phải là người chăm sóc chính của (những) đứa trẻ này không? Có Không

(Các) tên và (các) ngày sinh của (các) đứa trẻ _____

12. Quý vị đang sống ở Massachusetts, và có ý nhập cư trú ở đây, ngay cả khi quý vị không có địa chỉ cố định, hoặc đã đến Massachusetts với cam kết công việc hoặc tìm kiếm việc làm? Có Không
Nếu quý vị đến thăm ở Massachusetts vì mục đích cá nhân hoặc với mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế tại một cơ sở không phải là cơ sở điều dưỡng, quý vị phải trả lời **Không** cho câu hỏi này.

13. Quý vị có bị thương tích, bệnh tật, hoặc khuyết tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần bị mất khả năng làm việc) đã kéo dài hoặc dự kiến sẽ kéo dài ít nhất 12 tháng không? Nếu bị mù hợp pháp, hãy trả lời **Có**. Có Không

14. Quý vị có cần trợ giúp hợp lý do khuyết tật hoặc bị chấn thương không? Có Không
Nếu **Có**, hoàn thành phần còn lại của đơn này, bao gồm phần Bổ sung C: Trợ Giúp.

15. Quý vị có mang thai không? Có Không
Nếu **Có**, quý vị sắp sinh bao nhiêu em bé? _____ Ngày sinh dự kiến của quý vị là khi nào? _____

16. **Không bắt buộc** Quý vị có bị ung thư vú hay ung thư cổ tử cung không? Có Không
(Các quy chế bảo hiểm đặc biệt có thể được áp dụng.)

17. **Không bắt buộc** Quý vị có bị nhiễm HIV không? Có Không
(MassHealth có các quy tắc bảo hiểm đặc biệt dành cho những người nhiễm HIV.)

18. Quý vị có bao giờ sống với gia đình của cha mẹ nuôi chưa? Có Không

a. Nếu **Có**, quý vị đã sống với cha mẹ nuôi ở tiểu bang nào? _____

b. Quý vị có được nhận bảo hiểm y tế qua chương trình Medicaid của tiểu bang không? Có Không

THÔNG TIN THU NHẬP (Quý vị có thể gửi bằng chứng về tất cả thu nhập của hộ gia đình cùng với đơn này.)

19. Quý vị có thu nhập gì không? Có Không
Nếu quý vị không có bất kỳ thu nhập nào, hãy sang câu hỏi 33.

CÔNG VIỆC LÀM | Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, hãy đính kèm một tờ giấy khác.

20. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:** Tên và địa chỉ của công ty đang làm _____ Số Federal Tax ID# _____

21. a. Tiền lương/tiền boia (trước thuế) \$ _____ Hàng tuần Mỗi 2 tuần Hai lần một tháng Hàng tháng
 Hàng quý Hàng năm (Trừ mọi khoản khấu trừ trước thuế, chẳng hạn như phí bảo hiểm y tế không chịu thuế.)

b. Ngày thu nhập có hiệu lực _____

22. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

BƯỚC 2 Người thứ 1 (tiếp theo)

23. Quý vị có đang làm việc theo thời vụ không? Có Không. Nếu **Có**, quý vị làm việc vào những tháng nào trong năm?
 Tháng 1 Tháng 2 Tháng 3 Tháng 4 Tháng 5 Tháng 6
 Tháng 7 Tháng 8 Tháng 9 Tháng 10 Tháng 11 Tháng 12

24. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2:** Tên và địa chỉ của công ty đang làm

Số Federal Tax ID

25. a. Tiền lương/tiền boia (trước thuế) \$ _____ Hàng tuần Mỗi 2 tuần Hai lần một tháng Hàng tháng
 Hàng quý Hàng năm (Trừ mọi khoản khấu trừ trước thuế, chẳng hạn như phí bảo hiểm y tế không chịu thuế.)

b. Ngày thu nhập có hiệu lực _____

26. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

27. Quý vị có đang làm việc theo thời vụ không? Có Không. Nếu **Có**, quý vị làm việc vào những tháng nào trong năm?
 Tháng 1 Tháng 2 Tháng 3 Tháng 4 Tháng 5 Tháng 6
 Tháng 7 Tháng 8 Tháng 9 Tháng 10 Tháng 11 Tháng 12

28. **TỰ KINH DOANH:** Quý vị có tự làm chủ doanh nghiệp không? Có Không

- a. Nếu **Có**, quý vị làm công việc gì? _____
- b. Trung bình, người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lãi hoặc lỗ sau khi đã trả chi phí kinh doanh) từ việc tự kinh doanh này mỗi tháng? \$ _____ /tiền **lợi nhuận** hoặc \$ _____ /tiền **bị lỗ**?
- c. Quý vị làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____

THU NHẬP KHÁC

29. Đánh vào tất cả các ô phù hợp, và cho biết số tiền cũng như quý vị nhận được bao nhiêu lần. **LƯU Ý: Quý vị không cần phải cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng con trẻ, khoản chi trả không đóng thuế của cựu chiến binh, Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI), hoặc thu nhập bồi thường của người lao động.**

- Trợ cấp an sinh xã hội \$ _____ Quý vị thường nhận được bao nhiêu lần? _____
- Trợ cấp thất nghiệp \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Tiền hưu trí hoặc lương hưu \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Nguồn _____
- Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Thu nhập tiền bản quyền \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Phúc lợi của cựu chiến binh phải đóng thuế \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Lương hưu trong quân đội phải đóng thuế \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Tiền phụ cấp đã nhận được \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Nếu quý vị đang nhận khoản tiền phụ cấp từ một thỏa thuận ly hôn, ly thân hoặc lệnh tòa chính thức trước ngày 1 tháng 1 năm 2019, hãy ghi số tiền của các khoản đó tại đây. \$ _____
- Thu nhập phải đóng thuế khác \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Loại _____
- Thu nhập cho thuê ròng: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lợi nhuận sau khi trả chi phí cho thuê) từ việc cho thuê này mỗi hoặc quý vị sẽ mất bao nhiêu từ việc cho thuê này mỗi tháng? \$ _____ tháng **tiền lợi nhuận** hoặc \$ _____ tháng **tiền bị lỗ**
- Thu nhập từ lãi suất và cổ tức: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc tiền bị lỗ từ lãi suất và cổ tức này cho mỗi **tháng**? \$ _____ /**tiền lợi nhuận** hoặc \$ _____ /**tiền bị lỗ**
- Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá: Trung bình quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lợi nhuận sau khi chi phí kinh doanh) hoặc tiền bị lỗ từ hoạt động kinh doanh này **tháng**? \$ _____ /**tiền lợi nhuận** hoặc \$ _____ /**tiền bị lỗ**

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

30. Quý vị đã có hoặc sẽ nhận thu nhập trong năm này là khoản tiền được trả một lần duy nhất không? Có Không
 Ví dụ có thể là trả lương hưu một lần hoặc thu nhập từ lãi suất và cổ tức một lần.

Nếu **Có**: Loại _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

31. Quý vị có nhận thu nhập trong năm tiếp theo là khoản tiền được nhận một lần duy nhất không? Có Không

Nếu **Có**: Loại _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

KHẤU TRỪ

32. Quý vị báo cáo những khoản khấu trừ nào khi khai thuế thu nhập của mình?

Nếu quý vị trả cho một số thứ có thể được khấu trừ khi khai thuế thu nhập liên bang, thì hãy báo cho chúng tôi biết có thể sẽ giảm phí bảo hiểm y tế một chút. Đánh vào tất cả các ô phù hợp. Các khoản khấu trừ của quý vị phải đúng những gì quý vị đã khai thuế cho thu nhập liên bang của mình trong phần “Tổng Số Tiền Thu Nhập Được Điều Chỉnh”. Đối với mỗi khoản khấu trừ quý vị chọn, hãy cung cấp số tiền hàng năm. Quý vị có thể nhập số tiền khấu trừ tối đa được IRS cho phép.

- Chi phí cho nhà giáo dục: Số tiền hàng năm \$ _____
- Một số chi phí kinh doanh nhất định của những người được đặt trước, nghệ sĩ biểu diễn hoặc quan chức chính phủ tính phí: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ Tài khoản Tiết kiệm Y tế: Số tiền hàng năm \$ _____
- Chi phí di chuyển cho các chi phí di chuyển dành cho các Quân Lực: Số tiền hàng năm \$ _____
- Được khấu trừ một phần của thuế tự kinh doanh: Số tiền hàng năm \$ _____
- Đóng góp cho các chương trình SEP, SIMPLE và chương trình đủ điều kiện cho chủ doanh nghiệp: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khấu trừ bảo hiểm y tế của chủ doanh nghiệp: Số tiền hàng năm \$ _____
- Tiền phạt khi rút tiền tiết kiệm trước hạn: Số tiền hàng năm \$ _____
- Tiền phụ cấp được trả vì ly hôn, thỏa thuận ly thân hoặc theo lệnh tòa chính thức trước ngày 1 tháng 1 năm 2019: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ vào Tài khoản Hưu trí Cá nhân (IRA): Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ khoản vay cho sinh viên (chỉ lãi suất, không phải tổng số tiền phải trả): Số tiền hàng năm \$ _____
- Không có

THU NHẬP HÀNG NĂM

33. Quý vị có nhận được khoản trợ cấp thất nghiệp nào trong năm 2021 không? Có Không

34. Tổng thu nhập dự kiến của quý vị cho năm hiện tại là bao nhiêu?

35. Tổng thu nhập dự kiến của quý vị cho năm tới là bao nhiêu, nếu khác?

Xin cảm ơn! Đây là tất cả những gì chúng tôi cần biết. Sang Bước 2 Người thứ 2 để thêm một thành viên khác trong gia đình, nếu cần. Nếu không, hãy sang Bước 3 (Các) Thành viên Hộ gia đình của Người Mỹ Bản địa hoặc Người Alaska Bản địa (AI/AN).

BƯỚC 2 Người thứ 2

1. Tên, tên lót, và họ

2. Mối quan hệ với Người thứ 1 Người này có sống chung với Người thứ 1 không? Có Không

Nếu **Không**, liệt kê địa chỉ.

3. Ngày sinh (ngày/tháng/năm) 4. Giới tính Nam Nữ

5. **Không bắt buộc** chủng tộc hoặc dân tộc của người này là gì? _____ Vui lòng xem trang 27.

6. Người này có số an sinh xã hội (SSN) không? Có Không (không bắt buộc nếu **không** nộp đơn)
Chúng tôi cần một số an sinh xã hội (SSN) cho mỗi người đang xin bảo hiểm y tế.

Để biết thông tin quan trọng về SSN và cách xin SSN, vui lòng xem hướng dẫn cho Câu hỏi số 6 trong Người thứ 1.

Nếu **Có**, hãy cho chúng tôi số _____ - _____ - _____

Nếu **Không**, hãy đánh vào ô chọn một trong những lý do sau.

- Đã nộp Ngoại lệ vì không phải là công dân Ngoại lệ vì lý do tôn giáo

Tên trên đơn này có giống với tên trên thẻ an sinh xã hội của người này không? Có Không

Nếu **Không**, tên trên thẻ an sinh xã hội của người này là gì?

Tên, tên lót, và họ

7. Nếu người này được Advance Premium Tax Credit (APTC), người này có đồng ý khai thuế liên bang cho năm thuế mà các khoản tín dụng đã nhận không? Có Không

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 7 ở Người thứ 1.

Nếu **Có**, vui lòng trả lời các câu hỏi từ a đến d. Nếu **Không**, qua câu hỏi d.

a. Người này đã kết hôn hợp pháp chưa? Có Không

Nếu **Không**, qua câu hỏi 7c.

Nếu **Có**, liệt kê tên vợ/chồng và ngày tháng năm sinh. _____

b. Người này có dự định khai thuế liên bang chung với vợ/chồng cho năm thuế mà người này nộp đơn không? Có Không

c. Người này có khai bất kỳ người phụ thuộc nào trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của người này vào năm mà họ đang nộp đơn không? Có Không

Người này sẽ yêu cầu một khoản khấu trừ miễn trừ cá nhân trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của họ cho bất kỳ cá nhân nào được liệt kê trong đơn này với tư cách là người phụ thuộc được đăng ký bảo hiểm thông qua Massachusetts Health Connector và phí bảo hiểm được trả toàn bộ hoặc một phần bằng các khoản trả trước. Liệt kê (các) tên và (các) ngày sinh của những người phụ thuộc.

d. Người này có khai là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của người khác cho năm mà họ đang nộp đơn không? Có Không

Nếu người được người khác khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế thu nhập liên bang của họ, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng nhận được khoản tín dụng thuế của người này. Đừng trả lời **Có** cho câu hỏi này nếu người này là trẻ dưới 21 tuổi được cha mẹ không có quyền nuôi dưỡng khai là người phụ thuộc. Nếu **Có**, vui lòng liệt kê tên của người khai thuế.

Ngày sinh của người khai thuế _____ Người này có quan hệ như thế nào với người khai thuế? _____

Người khai thuế đã kết hôn, khai thuế chung chưa? Có Không

Nếu **Có**, liệt kê tên vợ/chồng và ngày tháng năm sinh. _____

Người khai thuế còn khai ai khác là người phụ thuộc không? _____

e. Người này có khai thuế riêng vì họ là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc bị bỏ rơi không? Có Không

8. Người này có đang xin bảo hiểm y tế hoặc nha khoa không? Có Không

Nếu **Có**, hãy trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây. Nếu **Không**, trả lời Câu hỏi 14 và 15, sau đó qua **Thông tin thu nhập** trên trang 8.

9. Người này là công dân Hoa Kỳ hay quốc tịch Hoa Kỳ? Có Không

Nếu **Có**, người này có phải là công dân nhập tịch (không sinh ra ở Mỹ) không? Có Không

Số Thường Trú Nhân (Alien number) _____ Số giấy chứng nhận nhập tịch hoặc quốc tịch _____

10. Nếu người này là một người không phải công dân, họ có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? Có Không

▮ Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 10 ở Người thứ 1.

a. Nếu **Có**, người này có một tài liệu nhập cư không? Có Không

Ngày được nhận quyền nhập cư (ngày/tháng/năm) _____

(Đối với những người bị đánh đập, hãy nhập ngày đơn yêu cầu được chấp thuận là đã được nộp đúng cách.)

Tình trạng di trú _____ loại tài liệu nhập cư _____

Chọn một hoặc nhiều tình trạng và loại tài liệu từ danh sách ở trang 27.

Số ID tài liệu _____ Số Alien _____

Ngày hết hạn của hộ chiếu hoặc tài liệu (ngày/tháng/năm) _____ Quốc gia _____

b. Người này có sử dụng cùng tên trong đơn này mà họ đã làm để có được tình trạng nhập cư của người này không?

Có Không

Nếu **Không**, người này đã sử dụng tên gì? Tên, tên lót, và họ _____

c. Người này có đến Mỹ sau ngày 22 tháng 8 năm 1996 không? Có Không

d. Người này có phải là một cựu chiến binh hoặc thành viên tại ngũ trong quân đội Hoa Kỳ đã giải ngũ danh dự hoặc là vợ/chồng hoặc con của một cựu chiến binh đã giải ngũ danh dự hoặc một thành viên tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? Có Không

e. **Không bắt buộc** Người này là: nạn nhân của tệ nạn buôn người nghiêm trọng,

vợ/chồng, con, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của nạn nhân buôn người

người vợ/chồng đã bị đánh đập, con hoặc cha mẹ của người vợ/chồng bị đánh đập?

11. Người này có sống với ít nhất một trẻ em dưới 19 tuổi và người này có phải là người chính chăm sóc (các) đứa trẻ này không?

Có Không

(Các) tên và (các) ngày sinh của (các) đứa trẻ _____

BƯỚC 2 Người thứ 2 (tiếp theo)

12. Người này có đang sống ở Massachusetts không, và người này có ý nhập cư trú ở đây không, ngay cả khi người đó không có địa chỉ cố định, hoặc người này đã đến Massachusetts với cam kết công việc hoặc tìm kiếm việc làm? Có Không
Nếu người này đến thăm Massachusetts vì mục đích cá nhân hoặc với mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế tại một cơ sở không phải là cơ sở điều dưỡng, quý vị phải trả lời **Không** cho câu hỏi này.
13. Người này có bị thương tích, bệnh tật, hoặc khuyết tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần bị mất khả năng làm việc) đã kéo dài hoặc dự kiến sẽ kéo dài ít nhất 12 tháng không? Nếu bị mù hợp pháp, hãy trả lời **Có**. Có Không
14. Người này có cần trợ giúp hợp lý do khuyết tật hoặc bị chấn thương không? Có Không
Nếu **Có** thành phần còn lại của đơn này, bao gồm phần Bổ sung C: Trợ Giúp.
15. Người này có thai không? Có Không
Nếu **Có**, người này sắp sinh bao nhiêu em bé? _____ Ngày sinh dự kiến là khi nào? _____
16. **Không bắt buộc** Người này có bị ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung không? Có Không
(Các quy chế bảo hiểm đặc biệt có thể được áp dụng.)
17. **Không bắt buộc** Người này có bị nhiễm HIV không? Có Không
(MassHealth có các quy chế bảo hiểm đặc biệt dành cho những người nhiễm HIV.)
18. Người này có bao giờ sống với gia đình của cha mẹ nuôi chưa? Có Không
a. Nếu **Có**, người này đã sống với cha mẹ nuôi ở tiểu bang nào? _____
b. Người này có được nhận bảo hiểm y tế qua chương trình Medicaid của tiểu bang không? Có Không

THÔNG TIN THU NHẬP (Quý vị có thể gửi bằng chứng về tất cả thu nhập của hộ gia đình cùng với đơn này.)

19. Người này có thu nhập gì không? Có Không
Nếu người này không có bất kỳ thu nhập nào, hãy qua câu hỏi 33.

CÔNG VIỆC LÀM | Nếu người này cần thêm khoảng trống, hãy đính kèm một tờ giấy khác.

20. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:** Tên và địa chỉ của công ty đang làm _____ Số Federal Tax ID _____
21. a. Tiền lương/tiền boa (trước thuế) \$ _____ Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng
 Hàng quý Hàng năm (Trừ mọi khoản khấu trừ trước thuế, chẳng hạn như phí bảo hiểm y tế không chịu thuế.)
b. Ngày thu nhập có hiệu lực _____
22. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____
23. Có phải người này làm việc theo thời vụ không? Có Không. Nếu **Có**, người này làm việc trong những tháng nào trong một năm?
 Tháng 1 Tháng 2 Tháng 3 Tháng 4 Tháng 5 Tháng 6
 Tháng 7 Tháng 8 Tháng 9 Tháng 10 Tháng 11 Tháng 12
24. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2:** Tên và địa chỉ của công ty đang làm _____ Số Federal Tax ID# _____
25. a. Tiền lương/tiền boa (trước thuế) \$ _____ Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng
 Hàng quý Hàng năm (Trừ mọi khoản khấu trừ trước thuế, chẳng hạn như phí bảo hiểm y tế không chịu thuế.)
b. Ngày thu nhập có hiệu lực _____
26. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____
27. Có phải người này làm việc theo thời vụ không? Có Không. Nếu **Có**, người này làm việc trong những tháng nào trong một năm?
 Tháng 1 Tháng 2 Tháng 3 Tháng 4 Tháng 5 Tháng 6
 Tháng 7 Tháng 8 Tháng 9 Tháng 10 Tháng 11 Tháng 12
28. **TỰ KINH DOANH:** Người này có tự làm chủ doanh nghiệp không? Có Không
a. Nếu **Có**, người này làm công việc gì? _____
b. Trung bình, người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lãi hoặc lỗ sau khi đã trả chi phí kinh doanh) từ việc tự kinh doanh này mỗi tháng? \$ _____ /tiền **lợi nhuận** hoặc \$ _____ /tiền **bị lỗ**?
c. Người này làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____

THU NHẬP KHÁC

29. Đánh vào tất cả các ô phù hợp, và cho biết số tiền cũng như người này nhận được bao nhiêu lần. **LƯU Ý: Quý vị không cần phải cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng con, khoản chi trả không đóng thuế của cựu chiến binh, Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI), hoặc thu nhập bồi thường của người lao động.**

- Trợ cấp an sinh xã hội \$ _____ Quý vị thường nhận được bao nhiêu lần? _____
- Trợ cấp thất nghiệp \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Tiền hưu trí hoặc lương hưu \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
Nguồn _____
- Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Thu nhập tiền bản quyền \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Phúc lợi của cựu chiến binh phải đóng thuế \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Lương hưu trong quân đội phải đóng thuế \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
- Tiền phụ cấp đã nhận được \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
Nếu người này đang nhận khoản tiền phụ cấp từ một thỏa thuận ly hôn, ly thân hoặc lệnh tòa chính thức trước ngày 1 tháng 1 năm 2019, hãy ghi số tiền của các khoản đó tại đây. \$ _____
- Thu nhập phải đóng thuế khác \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
Loại _____
- Thu nhập cho thuê ròng: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lợi nhuận sau khi trả chi phí cho thuê) từ việc cho thuê này mỗi hoặc quý vị sẽ mất bao nhiêu từ việc cho thuê này mỗi tháng? \$ _____ tháng **tiền lợi nhuận** hoặc \$ _____ tháng **tiền bị lỗ**
- Thu nhập từ lãi suất và cổ tức: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc tiền bị lỗ từ lãi suất và cổ tức này cho mỗi tháng? \$ _____/tiền lợi nhuận hoặc \$ _____/tiền bị lỗ
- Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá: Trung bình quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lợi nhuận sau khi chi phí kinh doanh) hoặc tiền bị lỗ từ hoạt động kinh doanh này tháng? \$ _____/tiền lợi nhuận hoặc \$ _____/tiền bị lỗ

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

30. Người này có hoặc sẽ nhận thu nhập trong năm này là khoản tiền được trả một lần duy nhất không? Có Không
Ví dụ có thể là trả lương hưu một lần hoặc thu nhập lãi suất và cổ tức một lần.

Nếu Có: Loại _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

31. Người này có nhận thu nhập trong năm tiếp theo là khoản tiền được nhận một lần duy nhất không? Có Không

Nếu Có: Loại _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

KHẤU TRỪ

32. Người đó báo cáo những khoản khấu trừ nào khi khai thuế thu nhập của họ?

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 33 ở Người thứ 1.

- Chi phí cho nhà giáo dục: Số tiền hàng năm \$ _____
- Một số chi phí kinh doanh nhất định của những người được đặt trước, nghệ sĩ biểu diễn hoặc quan chức chính phủ tính phí: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ Tài khoản Tiết kiệm Y tế: Số tiền hàng năm \$ _____
- Chi phí di chuyển cho các chi phí di chuyển dành cho các Quân Lực: Số tiền hàng năm \$ _____
- Được khấu trừ một phần của thuế tự kinh doanh: Số tiền hàng năm \$ _____
- Đóng góp cho các chương trình SEP, SIMPLE và chương trình đủ điều kiện cho chủ doanh nghiệp: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khấu trừ bảo hiểm y tế của chủ doanh nghiệp: Số tiền hàng năm \$ _____
- Tiền phạt khi rút tiền tiết kiệm trước hạn: Số tiền hàng năm \$ _____
- Tiền phụ cấp được trả vì ly hôn, thỏa thuận ly thân hoặc theo lệnh tòa chính thức trước ngày 1 tháng 1 năm 2019: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ vào Tài khoản Hưu trí Cá nhân (IRA): Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ khoản vay cho sinh viên (chỉ lãi suất, không phải tổng số tiền phải trả): Số tiền hàng năm \$ _____
- Không có

THU NHẬP HÀNG NĂM

33. Người này có nhận được khoản trợ cấp thất nghiệp nào trong năm 2021 không? Có Không
34. Tổng thu nhập dự kiến của quý vị cho năm hiện tại là bao nhiêu?
35. Tổng thu nhập dự kiến của quý vị cho năm tới là bao nhiêu, nếu khác?

Xin cảm ơn! Đây là tất cả những gì chúng ta cần biết về người này. Sang Bước 2 Người thứ 3 để thêm một thành viên khác trong gia đình, nếu cần. Nếu không, hãy sang Bước 3 (Các) Thành viên Hộ gia đình của Người Mỹ Bản địa hoặc Người Alaska Bản địa (AI/AN).

BƯỚC 2 | Người thứ 3

1. Tên, tên lót, và họ _____
2. Mối quan hệ với Người thứ 1 _____ Mối quan hệ với Người thứ 2 _____
 Người này có sống với Người thứ 1 không? Có Không — Nếu **Không**, liệt kê địa chỉ. _____
3. Ngày sinh (ngày/tháng/năm) _____ 4. Giới tính Nam Nữ
5. **Không bắt buộc** Chủng tộc hoặc dân tộc của người này là gì? _____ Vui lòng xem trang 27.
6. Người này có số an sinh xã hội (SSN) không? Có Không (không bắt buộc nếu **không** nộp đơn)
 Chúng tôi cần một số an sinh xã hội (SSN) cho mỗi người đang xin bảo hiểm y tế.
 | Để biết thông tin quan trọng về SSN và cách xin SSN, vui lòng xem hướng dẫn cho Câu hỏi số 6 trong Người thứ 1.
 Nếu **Có**, hãy cho chúng tôi số _____ - _____ - _____
 Nếu **Không**, hãy đánh vào ô chọn một trong những lý do sau.
 Đã nộp Ngoại lệ vì không phải là công dân Ngoại lệ vì lý do tôn giáo
 Tên trên đơn này có giống với tên trên thẻ an sinh xã hội của người này không? Có Không
 Nếu **Không**, tên trên thẻ an sinh xã hội của người này là gì? _____
 Tên, tên lót, và họ _____
7. Nếu người này được Advance Premium Tax Credit (APTC), người này có đồng ý khai thuế liên bang cho năm thuế mà các khoản tín dụng đã nhận không? Có Không
 | Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 7 ở Người thứ 1.
 Nếu **Có**, vui lòng trả lời các câu hỏi từ a đến d. Nếu **Không**, qua câu hỏi d.
- a. Người này đã kết hôn hợp pháp chưa? Có Không
 Nếu **Không**, qua câu hỏi 7c.
 Nếu **Có**, liệt kê tên vợ/chồng và ngày tháng năm sinh. _____
- b. Người này có dự định khai thuế liên bang chung với vợ/chồng cho năm thuế mà người này nộp đơn không? Có Không
- c. Người này có khai bất kỳ người phụ thuộc nào trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của người này vào năm mà họ đang nộp đơn không? Có Không
 Người này sẽ yêu cầu một khoản khấu trừ miễn trừ cá nhân trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của họ cho bất kỳ cá nhân nào được liệt kê trong đơn này với tư cách là người phụ thuộc được đăng ký bảo hiểm thông qua Massachusetts Health Connector và phí bảo hiểm được trả toàn bộ hoặc một phần bằng các khoản trả trước. Liệt kê (các) tên và (các) ngày sinh của những người phụ thuộc.

- d. Người này có khai là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của người khác cho năm mà họ đang nộp đơn không? Có Không
 Nếu người được người khác khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế thu nhập liên bang của họ, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng nhận được khoản tín dụng thuế của người này. Đừng trả lời **Có** cho câu hỏi này nếu người này là trẻ dưới 21 tuổi được cha mẹ không có quyền nuôi dưỡng khai là người phụ thuộc. Nếu **Có**, vui lòng liệt kê tên của người khai thuế.

 Ngày sinh của người khai thuế _____ Người này có quan hệ như thế nào với người khai thuế? _____
 Người khai thuế đã kết hôn, khai thuế chung chưa? Có Không
 Nếu **Có**, liệt kê tên vợ/chồng và ngày tháng năm sinh. _____
 Người khai thuế còn khai ai khác là người phụ thuộc không? _____
- e. Người này có khai thuế riêng vì họ là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc bị bỏ rơi không? Có Không

8. Người này có đang xin bảo hiểm y tế hoặc nha khoa không? Có Không
Nếu **Có**, hãy trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây. Nếu **Không**, trả lời Câu hỏi 14 và 15, sau đó qua **Thông tin thu nhập** trên trang 12.
9. Người này là công dân Hoa Kỳ hay quốc tịch Hoa Kỳ? Có Không
Nếu **Có**, người này có phải là công dân nhập tịch (không sinh ra ở Mỹ) không? Có Không
Số Thường Trú Nhân (Alien number) _____ Số giấy chứng nhận nhập tịch hoặc quốc tịch _____
10. Nếu người này là một người không phải công dân, họ có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? Có Không
- Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 10 ở Người thứ 1.**
- a. Nếu **Có**, người này có một tài liệu nhập cư không? Có Không
Ngày được nhận quyền nhập cư (ngày/tháng/năm) _____
(Đối với những người bị đánh đập, hãy nhập ngày đơn yêu cầu được chấp thuận là đã được nộp đúng cách.)
Tình trạng di trú _____ loại tài liệu nhập cư _____
Chọn một hoặc nhiều tình trạng và loại tài liệu từ danh sách ở trang 27.
Số ID tài liệu _____ Số Alien _____
Ngày hết hạn của hộ chiếu hoặc tài liệu (ngày/tháng/năm) _____ Quốc gia _____
- b. Người này có sử dụng cùng tên trong đơn này mà họ đã làm để có được tình trạng nhập cư của người này không?
 Có Không
Nếu **Không**, người này đã sử dụng tên gì? Tên, tên lót, và họ _____
- c. Người này có đến Mỹ sau ngày 22 tháng 8 năm 1996 không? Có Không
- d. Người này có phải là một cựu chiến binh hoặc thành viên tại ngũ trong quân đội Hoa Kỳ đã giải ngũ danh dự hoặc là vợ/chồng hoặc con của một cựu chiến binh đã giải ngũ danh dự hoặc một thành viên tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? Có Không
- e. **Không bắt buộc** Người này là: nạn nhân của tội nạn buôn người nghiêm trọng,
 vợ/chồng, con, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của nạn nhân buôn người
 người vợ/chồng đã bị đánh đập, con hoặc cha mẹ của người vợ/chồng bị đánh đập
11. Người này có sống với ít nhất một trẻ em dưới 19 tuổi và người này có phải là người chính chăm sóc (các) đứa trẻ này không?
 Có Không
(Các) tên và (các) ngày sinh của (các) đứa trẻ _____
12. Người này có đang sống ở Massachusetts không, và người này có ý nhập cư trú ở đây không, ngay cả khi người đó không có địa chỉ cố định, hoặc người này đã đến Massachusetts với cam kết công việc hoặc tìm kiếm việc làm? Có Không
Nếu người này đến thăm Massachusetts vì mục đích cá nhân hoặc với mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế tại một cơ sở không phải là cơ sở điều dưỡng, quý vị phải trả lời **Không** cho câu hỏi này.
13. Người này có bị thương tích, bệnh tật, hoặc khuyết tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần bị mất khả năng làm việc) đã kéo dài hoặc dự kiến sẽ kéo dài ít nhất 12 tháng không? Nếu bị mù hợp pháp, hãy trả lời **Có**. Có Không
14. Người này có cần trợ giúp hợp lý do khuyết tật hoặc bị chấn thương không? Có Không
Nếu **Có** thành phần còn lại của đơn này, bao gồm phần Bổ sung C: Trợ Giúp.
15. Người này có thai không? Có Không
Nếu **Có**, người này sắp sinh bao nhiêu em bé? _____ Ngày sinh dự kiến là khi nào? _____
16. **Không bắt buộc** Người này có bị ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung không? Có Không
(Các quy chế bảo hiểm đặc biệt có thể được áp dụng.)
17. **Không bắt buộc** Người này có bị nhiễm HIV không? Có Không
(MassHealth có các quy chế bảo hiểm đặc biệt dành cho những người nhiễm HIV.)
18. Người này có bao giờ sống với gia đình của cha mẹ nuôi chưa? Có Không
- a. Nếu **Có**, người này đã sống với cha mẹ nuôi ở tiểu bang nào? _____
- b. Người này có được nhận bảo hiểm y tế qua chương trình Medicaid của tiểu bang không? Có Không

THÔNG TIN THU NHẬP (Quý vị có thể gửi bằng chứng về tất cả thu nhập của hộ gia đình cùng với đơn này.)

19. Người này có thu nhập gì không? Có Không
 Nếu người này không có bất kỳ thu nhập nào, hãy qua câu hỏi 34.

CÔNG VIỆC LÀM | Nếu người này cần thêm khoảng trống, hãy đính kèm một tờ giấy khác.

20. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:** Tên và địa chỉ của công ty đang làm _____ Số Federal Tax ID _____

21. a. Tiền lương/tiền boia (trước thuế) \$ _____ Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng
 Hàng quý Hàng năm (Trừ mọi khoản khấu trừ trước thuế, chẳng hạn như phí bảo hiểm y tế không chịu thuế.)
 b. Ngày thu nhập có hiệu lực _____

22. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

23. Có phải người này làm việc theo thời vụ không? Có Không. Nếu **Có**, người này làm việc trong những tháng nào trong một năm?
 Tháng 1 Tháng 2 Tháng 3 Tháng 4 Tháng 5 Tháng 6
 Tháng 7 Tháng 8 Tháng 9 Tháng 10 Tháng 11 Tháng 12

24. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2:** Tên và địa chỉ của công ty đang làm _____ Số Federal Tax ID# _____

25. a. Tiền lương/tiền boia (trước thuế) \$ _____ Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng
 Hàng quý Hàng năm (Trừ mọi khoản khấu trừ trước thuế, chẳng hạn như phí bảo hiểm y tế không chịu thuế.)
 b. Ngày thu nhập có hiệu lực _____

26. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

27. Có phải người này làm việc theo thời vụ không? Có Không. Nếu **Có**, người này làm việc trong những tháng nào trong một năm?
 Tháng 1 Tháng 2 Tháng 3 Tháng 4 Tháng 5 Tháng 6
 Tháng 7 Tháng 8 Tháng 9 Tháng 10 Tháng 11 Tháng 12

28. **TỰ KINH DOANH:** Người này có tự làm chủ doanh nghiệp không? Có Không

- a. Nếu **Có**, người này làm công việc gì? _____
 b. Trung bình, người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lãi hoặc lỗ sau khi đã trả chi phí kinh doanh) từ việc tự kinh doanh này mỗi tháng? \$ _____/tiền **lợi nhuận** hoặc \$ _____/tiền **bị lỗ**?
 c. Người này làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____

THU NHẬP KHÁC

29. Đánh vào tất cả các ô phù hợp, và cho biết số tiền cũng như người này nhận được bao nhiêu lần. **LƯU Ý: Quý vị không cần phải cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng con, khoản chi trả không đóng thuế của cựu chiến binh, Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI), hoặc thu nhập bồi thường của người lao động.**

- Trợ cấp an sinh xã hội \$ _____ Quý vị thường nhận được bao nhiêu lần? _____
 Trợ cấp thất nghiệp \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Tiền hưu trí hoặc lương hưu \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Nguồn _____
 Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Thu nhập tiền bản quyền \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Phúc lợi của cựu chiến binh phải đóng thuế \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Lương hưu trong quân đội phải đóng thuế \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Tiền phụ cấp đã nhận được \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Nếu người này đang nhận khoản tiền phụ cấp từ một thỏa thuận ly hôn, ly thân hoặc lệnh tòa chính thức trước ngày 1 tháng 1 năm 2019, hãy ghi số tiền của các khoản đó tại đây. \$ _____
 Thu nhập phải đóng thuế khác \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Loại _____

BƯỚC 2 | Người thứ 3 (tiếp theo)

- Thu nhập cho thuê ròng: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lợi nhuận sau khi trả chi phí cho thuê) từ việc cho thuê này mỗi hoặc quý vị sẽ mất bao nhiêu từ việc cho thuê này mỗi tháng? \$ _____ tháng **tiền lợi nhuận** hoặc \$ _____ tháng **tiền bị lỗ**
- Thu nhập từ lãi suất và cổ tức: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc tiền bị lỗ từ lãi suất và cổ tức này cho mỗi **tháng**? \$ _____ /**tiền lợi nhuận** hoặc \$ _____ /**tiền bị lỗ**
- Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá: Trung bình quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lợi nhuận sau khi chi phí kinh doanh) hoặc tiền bị lỗ từ hoạt động kinh doanh này **tháng**? \$ _____ /**tiền lợi nhuận** hoặc \$ _____ /**tiền bị lỗ**

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

30. Người này có hoặc sẽ nhận thu nhập trong năm này là khoản tiền được trả một lần duy nhất không? Có Không
Ví dụ có thể là trả lương hưu một lần hoặc thu nhập lãi suất và cổ tức một lần.

Nếu Có: Loại _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

31. Người này có nhận thu nhập trong năm tiếp theo là khoản tiền được nhận một lần duy nhất không? Có Không

Nếu Có: Loại _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

KHẤU TRỪ

32. Người đó báo cáo những khoản khấu trừ nào khi khai thuế thu nhập của họ?

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 33 ở Người thứ 1.

Chi phí cho nhà giáo dục: Số tiền hàng năm \$ _____

Một số chi phí kinh doanh nhất định của những người được đặt trước, nghệ sĩ biểu diễn hoặc quan chức chính phủ tính phí: Số tiền hàng năm \$ _____

Khoản khấu trừ Tài khoản Tiết kiệm Y tế: Số tiền hàng năm \$ _____

Chi phí di chuyển cho các chi phí di chuyển dành cho các Quân Lực: Số tiền hàng năm \$ _____

Được khấu trừ một phần của thuế tự kinh doanh: Số tiền hàng năm \$ _____

Đóng góp cho các chương trình SEP, SIMPLE và chương trình đủ điều kiện cho chủ doanh nghiệp: Số tiền hàng năm \$ _____

Khấu trừ bảo hiểm y tế của chủ doanh nghiệp: Số tiền hàng năm \$ _____

Tiền phạt khi rút tiền tiết kiệm trước hạn: Số tiền hàng năm \$ _____

Tiền phụ cấp được trả vì ly hôn, thỏa thuận ly thân hoặc theo lệnh tòa chính thức trước ngày 1 tháng 1 năm 2019: Số tiền hàng năm \$ _____

Khoản khấu trừ vào Tài khoản Hưu trí Cá nhân (IRA): Số tiền hàng năm \$ _____

Khoản khấu trừ khoản vay cho sinh viên (chỉ lãi suất, không phải tổng số tiền phải trả): Số tiền hàng năm \$ _____

Không có

THU NHẬP HÀNG NĂM

33. Người này có nhận được khoản trợ cấp thất nghiệp nào trong năm 2021 không? Có Không

34. Tổng thu nhập dự kiến của quý vị cho năm hiện tại là bao nhiêu?

35. Tổng thu nhập dự kiến của quý vị cho năm tới là bao nhiêu, nếu khác?

Xin cảm ơn! Đây là tất cả những gì chúng ta cần biết về người này. Sang Bước 2 Người thứ 4 để thêm một thành viên khác trong gia đình, nếu cần. Nếu không, hãy sang Bước 3 (Các) Thành viên Hộ gia đình của Người Mỹ Bản địa hoặc Người Alaska Bản địa (AI/AN).

BƯỚC 2 Người thứ 4 (Nếu hơn 4 người, người này là Người ____)

Nếu quý vị phải bao gồm nhiều hơn bốn người trong đơn đăng ký này, hãy sao các trang trống cho Bước 2 Người thứ 4 TRƯỚC KHI quý vị điền vào. Khi điền vào các trang bổ sung, vui lòng cho chúng tôi biết mỗi người có mối quan hệ với nhau như thế nào với những người khác trong đơn.

1. Tên, tên lót, và họ _____

2. Mối quan hệ với Người thứ 1	Mối quan hệ với Người thứ 2	Mối quan hệ với Người thứ 3
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Người này có sống với Người thứ 1 không? Có Không

Nếu **Không**, liệt kê địa chỉ. _____

3. Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	4. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
-------------------------------	---

5. **Không bắt buộc** Chúng tộc hoặc dân tộc của người này là gì? _____ Vui lòng xem trang 27.

6. Người này có số an sinh xã hội (SSN) không? Có Không (không bắt buộc nếu **không** nộp đơn)
Chúng tôi cần một số an sinh xã hội (SSN) cho mỗi người đang xin bảo hiểm y tế.

Để biết thông tin quan trọng về SSN và cách xin SSN, vui lòng xem hướng dẫn cho Câu hỏi số 6 trong Người thứ 1.

Nếu **Có**, hãy cho chúng tôi số _____ - _____ - _____

Nếu **Không**, hãy đánh vào ô chọn một trong những lý do sau.

Đã nộp Ngoại lệ vì không phải là công dân Ngoại lệ vì lý do tôn giáo

Tên trên đơn này có giống với tên trên thẻ an sinh xã hội của người này không? Có Không

Nếu **Không**, tên trên thẻ an sinh xã hội của người này là gì? _____

Tên, tên lót, và họ _____

7. Nếu người này được Advance Premium Tax Credit (APTC), người này có đồng ý khai thuế liên bang cho năm thuế mà các khoản tín dụng đã nhận không? Có Không

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 7 ở Người thứ 1.

Nếu **Có**, vui lòng trả lời các câu hỏi từ a đến d. Nếu **Không**, qua câu hỏi d.

a. Người này đã kết hôn hợp pháp chưa? Có Không

Nếu **Không**, qua câu hỏi 7c.

Nếu **Có**, liệt kê tên vợ/chồng và ngày tháng năm sinh. _____

b. Người này có dự định khai thuế liên bang chung với vợ/chồng cho năm thuế mà người này nộp đơn không? Có Không

c. Người này có khai bất kỳ người phụ thuộc nào trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của người này vào năm mà họ đang nộp đơn không? Có Không

Người này sẽ yêu cầu một khoản khấu trừ miễn trừ cá nhân trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của họ cho bất kỳ cá nhân nào được liệt kê trong đơn này với tư cách là người phụ thuộc được đăng ký bảo hiểm thông qua Massachusetts Health Connector và phí bảo hiểm được trả toàn bộ hoặc một phần bằng các khoản trả trước. Liệt kê (các) tên và (các) ngày sinh của những người phụ thuộc.

d. Người này có khai là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của người khác cho năm mà họ đang nộp đơn không? Có Không

Nếu người được người khác khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế thu nhập liên bang của họ, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng nhận được khoản tín dụng thuế của người này. Đừng trả lời **Có** cho câu hỏi này nếu người này là trẻ dưới 21 tuổi được cha mẹ không có quyền nuôi dưỡng khai là người phụ thuộc. Nếu **Có**, vui lòng liệt kê tên của người khai thuế.

Ngày sinh của người khai thuế _____ Người này có quan hệ như thế nào với người khai thuế? _____

Người khai thuế đã kết hôn, khai thuế chung chưa? Có Không

Nếu **Có**, liệt kê tên vợ/chồng và ngày tháng năm sinh. _____

Người khai thuế còn khai ai khác là người phụ thuộc không? _____

e. Người này có khai thuế riêng vì họ là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc bị bỏ rơi không? Có Không

BƯỚC 2 Người thứ 4 (tiếp theo)

8. Người này có đang xin bảo hiểm y tế hoặc nha khoa không? Có Không
Nếu **Có**, hãy trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây. Nếu **Không**, trả lời Câu hỏi 14 và 15, sau đó qua **Thông tin thu nhập** trên trang 15.
9. Người này là công dân Hoa Kỳ hay quốc tịch Hoa Kỳ? Có Không
Nếu **Có**, người này có phải là công dân nhập tịch (không sinh ra ở Mỹ) không? Có Không
Số Thường Trú Nhân (Alien number) _____ Số giấy chứng nhận nhập tịch hoặc quốc tịch _____
10. Nếu người này là một người không phải công dân, họ có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? Có Không
Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 10 ở Người thứ 1.
- a. Nếu **Có**, người này có một tài liệu nhập cư không? Có Không
Ngày được nhận quyền nhập cư (ngày/tháng/năm) _____
(Đối với những người bị đánh đập, hãy nhập ngày đơn yêu cầu được chấp thuận là đã được nộp đúng cách.)
Tình trạng di trú _____ loại tài liệu nhập cư _____
Chọn một hoặc nhiều tình trạng và loại tài liệu từ danh sách ở trang 27.
Số ID tài liệu _____ Số Alien _____
Ngày hết hạn của hộ chiếu hoặc tài liệu (ngày/tháng/năm) _____ Quốc gia _____
- b. Người này có sử dụng cùng tên trong đơn này mà họ đã làm để có được tình trạng nhập cư của người này không?
 Có Không
Nếu **Không**, người này đã sử dụng tên gì? Tên, tên lót, và họ _____
- c. Người này có đến Mỹ sau ngày 22 tháng 8 năm 1996 không? Có Không
- d. Người này có phải là một cựu chiến binh hoặc thành viên tại ngũ trong quân đội Hoa Kỳ đã giải ngũ danh dự hoặc là vợ/chồng hoặc con của một cựu chiến binh đã giải ngũ danh dự hoặc một thành viên tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? Có Không
- e. **Không bắt buộc** Người này là: nạn nhân của tệ nạn buôn người nghiêm trọng,
 vợ/chồng, con, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của nạn nhân buôn người
 người vợ/chồng đã bị đánh đập, con hoặc cha mẹ của người vợ/chồng bị đánh đập?
11. Người này có sống với ít nhất một trẻ em dưới 19 tuổi và người này có phải là người chính chăm sóc (các) đứa trẻ này không?
 Có Không
(Các) tên và (các) ngày sinh của (các) đứa trẻ _____
12. Người này có đang sống ở Massachusetts không, và người này có ý nhập cư trú ở đây không, ngay cả khi người đó không có địa chỉ cố định, hoặc người này đã đến Massachusetts với cam kết công việc hoặc tìm kiếm việc làm? Có Không
Nếu người này đến thăm Massachusetts vì mục đích cá nhân hoặc với mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế tại một cơ sở không phải là cơ sở điều dưỡng, quý vị phải trả lời **Không** cho câu hỏi này.
13. Người này có bị thương tích, bệnh tật, hoặc khuyết tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần bị mất khả năng làm việc) đã kéo dài hoặc dự kiến sẽ kéo dài ít nhất 12 tháng không? Nếu bị mù hợp pháp, hãy trả lời **Có**. Có Không
14. Người này có cần trợ giúp hợp lý do khuyết tật hoặc bị chấn thương không? Có Không
Nếu **Có** thành phần còn lại của đơn này, bao gồm phần Bổ sung C: Trợ Giúp.
15. Người này có thai không? Có Không
Nếu **Có**, người này sắp sinh bao nhiêu em bé? _____ Ngày sinh dự kiến là khi nào? _____
16. **Không bắt buộc** Người này có bị ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung không? Có Không
(Các quy chế bảo hiểm đặc biệt có thể được áp dụng.)
17. **Không bắt buộc** Người này có bị nhiễm HIV không? Có Không
(MassHealth có các quy chế bảo hiểm đặc biệt dành cho những người nhiễm HIV.)
18. Người này có bao giờ sống với gia đình của cha mẹ nuôi chưa? Có Không
- a. Nếu **Có**, người này đã sống với cha mẹ nuôi ở tiểu bang nào? _____
- b. Người này có được nhận bảo hiểm y tế qua chương trình Medicaid của tiểu bang không? Có Không

THÔNG TIN THU NHẬP (Quý vị có thể gửi bằng chứng về tất cả thu nhập của hộ gia đình cùng với đơn này.)

19. Người này có thu nhập gì không? Có Không
 Nếu người này không có bất kỳ thu nhập nào, hãy qua câu hỏi 34.

CÔNG VIỆC LÀM | Nếu người này cần thêm khoảng trống, hãy đính kèm một tờ giấy khác.

20. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:** Tên và địa chỉ của công ty đang làm _____ Số Federal Tax ID _____

21. a. Tiền lương/tiền bo (trước thuế) \$ _____ Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng
 Hàng quý Hàng năm (Trừ mọi khoản khấu trừ trước thuế, chẳng hạn như phí bảo hiểm y tế không chịu thuế.)

b. Ngày thu nhập có hiệu lực _____

22. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

23. Có phải người này làm việc theo thời vụ không? Có Không. Nếu **Có**, người này làm việc trong những tháng nào trong một năm?
 Tháng 1 Tháng 2 Tháng 3 Tháng 4 Tháng 5 Tháng 6
 Tháng 7 Tháng 8 Tháng 9 Tháng 10 Tháng 11 Tháng 12

24. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2:** Tên và địa chỉ của công ty đang làm _____ Số Federal Tax ID# _____

25. a. Tiền lương/tiền bo (trước thuế) \$ _____ Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng
 Hàng quý Hàng năm (Trừ mọi khoản khấu trừ trước thuế, chẳng hạn như phí bảo hiểm y tế không chịu thuế.)

b. Ngày thu nhập có hiệu lực _____

26. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

27. Có phải người này làm việc theo thời vụ không? Có Không. Nếu **Có**, người này làm việc trong những tháng nào trong một năm?
 Tháng 1 Tháng 2 Tháng 3 Tháng 4 Tháng 5 Tháng 6
 Tháng 7 Tháng 8 Tháng 9 Tháng 10 Tháng 11 Tháng 12

28. **TỰ KINH DOANH:** Người này có tự làm chủ doanh nghiệp không? Có Không

a. Nếu **Có**, người này làm công việc gì? _____

b. Trung bình, người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lãi hoặc lỗ sau khi đã trả chi phí kinh doanh) từ việc tự kinh doanh này mỗi tháng? \$ _____ /tiền **lợi nhuận** hoặc \$ _____ /tiền **bị lỗ**?

c. Người này làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____

THU NHẬP KHÁC

29. Đánh vào tất cả các ô phù hợp, và cho biết số tiền cũng như người này nhận được bao nhiêu lần. **LƯU Ý: Quý vị không cần phải cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng con, khoản chi trả không đóng thuế của cựu chiến binh, Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI), hoặc thu nhập bồi thường của người lao động.**

Trợ cấp an sinh xã hội \$ _____ Quý vị thường nhận được bao nhiêu lần? _____

Trợ cấp thất nghiệp \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____

Tiền hưu trí hoặc lương hưu \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Nguồn _____

Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____

Thu nhập tiền bản quyền \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____

Phúc lợi của cựu chiến binh phải đóng thuế \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____

Lương hưu trong quân đội phải đóng thuế \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____

Tiền phụ cấp đã nhận được \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____

Nếu người này đang nhận khoản tiền phụ cấp từ một thỏa thuận ly hôn, ly thân hoặc lệnh tòa chính thức trước ngày 1 tháng 1 năm 2019, hãy ghi số tiền của các khoản đó tại đây. \$ _____

Thu nhập phải đóng thuế khác \$ _____ Quý vị thường xuyên nhận được bao nhiêu lần? _____
 Loại _____

BƯỚC 2 Người thứ 4 (tiếp theo)

- Thu nhập cho thuê ròng: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lợi nhuận sau khi trả chi phí cho thuê) từ việc cho thuê này mỗi hoặc quý vị sẽ mất bao nhiêu từ việc cho thuê này mỗi tháng? \$ _____ tháng **tiền lợi nhuận** hoặc \$ _____ tháng **tiền bị lỗ**
- Thu nhập từ lãi suất và cổ tức: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc tiền bị lỗ từ lãi suất và cổ tức này cho mỗi tháng? \$ _____/tiền lợi nhuận hoặc \$ _____/tiền bị lỗ
- Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá: Trung bình quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng (lợi nhuận sau khi chi phí kinh doanh) hoặc tiền bị lỗ từ hoạt động kinh doanh này tháng? \$ _____/tiền lợi nhuận hoặc \$ _____/tiền bị lỗ

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

30. Người này có hoặc sẽ nhận thu nhập trong năm này là khoản tiền được trả một lần duy nhất không? Có Không
Ví dụ có thể là trả lương hưu một lần hoặc thu nhập lãi suất và cổ tức một lần.

Nếu Có: Loại _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

31. Người này có nhận thu nhập trong năm tiếp theo là khoản tiền được nhận một lần duy nhất không? Có Không

Nếu Có: Loại _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

KHẤU TRỪ

32. Người đó báo cáo những khoản khấu trừ nào khi khai thuế thu nhập của họ?

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 33 ở Người thứ 1.

Chi phí cho nhà giáo dục: Số tiền hàng năm \$ _____

Một số chi phí kinh doanh nhất định của những người được đặt trước, nghệ sĩ biểu diễn hoặc quan chức chính phủ tính phí: Số tiền hàng năm \$ _____

Khoản khấu trừ Tài khoản Tiết kiệm Y tế: Số tiền hàng năm \$ _____

Chi phí di chuyển cho các chi phí di chuyển dành cho các Quân Lực: Số tiền hàng năm \$ _____

Được khấu trừ một phần của thuế tự kinh doanh: Số tiền hàng năm \$ _____

Đóng góp cho các chương trình SEP, SIMPLE và chương trình đủ điều kiện cho chủ doanh nghiệp: Số tiền hàng năm \$ _____

Khấu trừ bảo hiểm y tế của chủ doanh nghiệp: Số tiền hàng năm \$ _____

Tiền phạt khi rút tiền tiết kiệm trước hạn: Số tiền hàng năm \$ _____

Tiền phụ cấp được trả vì ly hôn, thỏa thuận ly thân hoặc theo lệnh tòa chính thức trước ngày 1 tháng 1 năm 2019: Số tiền hàng năm \$ _____

Khoản khấu trừ vào Tài khoản Hưu trí Cá nhân (IRA): Số tiền hàng năm \$ _____

Khoản khấu trừ khoản vay cho sinh viên (chỉ lãi suất, không phải tổng số tiền phải trả): Số tiền hàng năm \$ _____

Không có

THU NHẬP HÀNG NĂM

33. Người này có nhận được khoản trợ cấp thất nghiệp nào trong năm 2021 không? Có Không

34. Tổng thu nhập dự kiến của quý vị cho năm hiện tại là bao nhiêu?

35. Tổng thu nhập dự kiến của quý vị cho năm tới là bao nhiêu, nếu khác?

Xin cảm ơn! Đây là tất cả những gì chúng ta cần biết về người này. Hãy qua Bước 3 (Các) Thành viên Hộ gia đình của Người Mỹ Bản địa hoặc Người Alaska Bản địa (AI/AN).

BƯỚC 3 (Các) Thành viên Hộ gia đình Người Mỹ Bản địa hoặc Người Alaska Bản địa (AI/AN)

1. Có ai trong gia đình là người Mỹ Bản địa hoặc người Alaska Bản địa không? Có Không

Nếu **Không**, qua Bước 4.

Nếu **Có**, hoàn thành phần còn lại của đơn này, bao gồm **Phần Bổ sung B: Thành viên Hộ gia đình là người Mỹ Bản địa hoặc người Alaska Bản địa**.

Tên của (những) người này _____

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska Bản địa có thể nhận được các dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa (Indian Health Service), các chương trình sức khỏe của bộ lạc, hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị (Urban Indian Health Programs). Nếu quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình là người Mỹ Bản địa hoặc người Alaska Bản địa, quý vị có thể không cần trả phí bảo hiểm hoặc tiền đồng trả (copay), và được đăng ký đặc biệt hàng tháng.

BƯỚC 4 Bảo hiểm y tế cho hộ gia đình của quý vị

Các quy định của MassHealth yêu cầu các thành viên phải có và duy trì bảo hiểm y tế hiện có, bao gồm bảo hiểm y tế có sẵn qua công ty đang làm. Để xác định quý vị có đủ điều kiện tiếp tục của MassHealth và các thành viên trong gia đình, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị và công ty đang làm cung cấp thêm thông tin về quyền được nhận bảo hiểm y tế do công ty đang làm tài trợ. Quý vị phải hợp tác bằng cách cung cấp thông tin cần thiết để duy trì điều kiện, bao gồm bằng chứng sắp có hoặc đang có bảo hiểm y tế, nếu không thì phúc lợi MassHealth của quý vị có thể kết thúc. Xem Cẩm Nang Thành viên để biết thêm thông tin.

1. Có ai được liệt kê trong đơn này **được** bảo hiểm y tế từ việc làm nhưng **KHÔNG ĐĂNG KÝ** không? Có Không
Trả lời **Có**, ngay cả khi khoản bảo hiểm này là từ công việc của người khác, như của vợ/chồng, ngay cả khi người đó không sống trong hộ gia đình. Nếu **Có**, quý vị sẽ cần phải hoàn thành và đính kèm **Phần Bổ sung A: Bảo hiểm Sức khỏe từ Việc làm**, và phần còn lại của đơn này.

Tên của (những) người được bảo hiểm _____

Đây có phải là chương trình phúc lợi cho nhân viên của tiểu bang không? Có Không

2. Có ai đủ điều kiện hoặc có ai **đã đăng ký** bất kỳ loại bảo hiểm y tế nào sau đây? Có Không
Nếu **Có**, hãy đánh dấu chọn loại bảo hiểm và viết tên của (những) người đó bên cạnh bảo hiểm mà họ có.
Hãy trả lời **Có**, ngay cả khi bảo hiểm này do một người khác đứng tên, như vợ/chồng, dù người đó không sống trong cùng hộ gia đình.

Đã đăng ký **Medicare** hoặc hội đủ điều kiện nhận chương trình Medicare Phần A không có phí bảo hiểm.

Tên của (những) người được bảo hiểm _____

Ngày bắt đầu _____ Ngày kết thúc _____ Số ID Medicare _____

Đủ điều kiện nhận các phúc lợi y tế của **Peace Corps** Ngày bắt đầu _____ Ngày kết thúc _____

Tên của (những) người được bảo hiểm _____

Đủ điều kiện nhận **TRICARE** hoặc một chương trình phúc lợi y tế dành cho Nhân viên Liên bang.
. Ngày bắt đầu _____ Ngày kết thúc _____

Tên của (những) người được bảo hiểm _____

Đã đăng ký **Chương trình y tế của Cựu chiến binh (VA)** Ngày bắt đầu _____ Ngày kết thúc _____

Tên của (những) người được bảo hiểm _____

MassHealth

Tên của (những) người được bảo hiểm _____

Đã đăng ký **bảo hiểm từ công ty đang làm việc**. Nếu bất kỳ ai trong đơn này đã đăng ký nhận bảo hiểm từ công ty đang làm việc, quý vị phải hoàn thành và đính kèm **Phần bổ sung A: Bảo hiểm Sức khỏe từ Việc làm**.

Tên công ty đang làm việc _____ Tên chương trình _____

Tên của các thành viên trong hộ gia đình được bảo hiểm _____

Số hợp đồng hoặc Mã số thành viên _____ Ngày bắt đầu _____ Ngày kết thúc _____

Các loại bảo hiểm khác (bao gồm COBRA hoặc các chương trình sức khỏe cho Người về hưu)
. Ngày bắt đầu _____ Ngày kết thúc _____

Tên của (những) người được bảo hiểm _____

Số hợp đồng hoặc Mã số thành viên _____

BƯỚC 5 Tài khoản Hoàn Trả Tiền Chi Cho Y Tế (Health Reimbursement Arrangements)

Có bất kỳ ai trong hộ gia đình được công ty đang làm việc của họ cung cấp Tài khoản Hoàn Trả Tiền Chi Cho Y Tế (HRA) không?

Có Không

(Các) Tên của cá nhân Ngày sinh

Tên Công Ty Đang Làm Việc

ID Thuế Liên Bang

Loại HRA do công ty đang làm việc cung cấp Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement (QSEHRA)
 Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement (ICHRA)

Ngày bắt đầu Ngày kết thúc Nhập số tiền quyền lợi bảo hiểm hằng năm tối đa dành cho bản thân:

Nếu quý vị có QSEHRA, quý vị có định sử dụng các quyền lợi bảo hiểm gia đình QSEHRA từ công ty đang làm việc của mình không?
 Có Không

Nếu quý vị có QSEHRA, hãy nhập số tiền quyền lợi bảo hiểm gia đình tối đa hàng năm thông qua QSEHRA:

Có bất kỳ ai trong hộ gia đình có ý định mở một ICHRA từ công ty đang làm việc của họ không? Có Không

(Các) Tên của cá nhân Ngày sinh

Tên Công Ty Đang Làm Việc

ID Thuế Liên Bang

Loại HRA do công ty đang làm việc cung cấp Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement (QSEHRA)
 Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement (ICHRA)

Ngày bắt đầu Ngày kết thúc Nhập số tiền quyền lợi bảo hiểm hằng năm tối đa dành cho bản thân:

Nếu quý vị có QSEHRA, quý vị có định sử dụng các quyền lợi bảo hiểm gia đình QSEHRA từ công ty đang làm việc của mình không?
 Có Không

Nếu quý vị có QSEHRA, hãy nhập số tiền quyền lợi bảo hiểm gia đình tối đa hàng năm thông qua QSEHRA:

Có bất kỳ ai trong hộ gia đình có ý định mở một ICHRA từ công ty đang làm việc của họ không? Có Không

BƯỚC 6 Thông tin về phụ huynh

Vui lòng trả lời những câu hỏi này cho mọi trẻ em nào dưới 18 tuổi có tên trong đơn này, nhưng không có cả cha và mẹ có quyền giám hộ cũng được liệt kê trong đơn này.

1. Có trẻ em nào được phụ huynh đơn thân nhận làm con nuôi không? Có Không

Nếu **Có**, tên của (các) trẻ em _____

2. Có trẻ em nào có cha hoặc mẹ đã mất không? Có Không

Nếu **Có**, tên của (các) trẻ em _____

3. Có trẻ em nào có cha hoặc mẹ không rõ danh tính không? Có Không

Nếu **Có**, tên của (các) trẻ em _____

4. Có trẻ em nào có cha hoặc mẹ không sống với đứa trẻ đó mà không được đề cập trong các câu hỏi trước không? Có Không

Nếu **Có**, tên của (các) trẻ em _____

ĐỐI VỚI NGƯỜI NỘP ĐƠN MASSHEALTH VÀ HEALTH CONNECTOR

Thay mặt cho bản thân và tất cả những cá nhân có tên trong đơn này, tôi hiểu, đại diện và đồng ý như sau.

1. MassHealth có thể yêu cầu những người đủ điều kiện ghi danh tham gia bảo hiểm y tế do công ty đang làm việc tài trợ nếu bảo hiểm đó đáp ứng được các tiêu chí giúp trả phí bảo hiểm của MassHealth.
 2. Công ty đang làm việc của những cá nhân đủ điều kiện có thể được thông báo và nhận hóa đơn theo quy định của MassHealth đối với bất kỳ dịch vụ nào mà bệnh viện hoặc trung tâm y tế cộng đồng cung cấp cho những người đó do Health Safety Net chi trả.
 3. Tôi có thể phải trả phí bảo hiểm sức khỏe cho bản thân và những người khác được liệt kê trong đơn này. Không trả bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào đến hạn có thể dẫn đến việc tiểu bang khấu trừ số tiền còn nợ từ tiền hoàn thuế của những người có trách nhiệm chi trả. Nếu tôi là một người Mỹ bản địa hoặc người Alaska Bản địa, tôi có thể không phải trả phí bảo hiểm cho MassHealth.
 4. MassHealth có quyền truy thu tiền từ bên thứ ba, có thể có nghĩa vụ trả cho các dịch vụ y tế được cung cấp cho những cá nhân đủ điều kiện tham gia các chương trình của MassHealth. Các bên thứ ba này có thể bao gồm các công ty bảo hiểm sức khỏe khác, vợ/chồng, cha mẹ có nghĩa vụ trả tiền y tế hoặc các cá nhân có nghĩa vụ trả tiền bồi thường do tai nạn. Những người đủ điều kiện phải hợp tác với MassHealth trong việc thiết lập sự trợ giúp và nhận các khoản tiền của bên thứ ba cho chính họ và bất kỳ ai mà họ có thể chuyển nhượng các quyền một cách hợp pháp. Những người đủ điều kiện có thể được miễn nghĩa vụ này nếu báo với MassHealth rằng họ tin việc hợp tác có thể gây tổn hại cho họ hoặc bất kỳ ai mà họ có thể chuyển nhượng các quyền một cách hợp pháp.
 5. Cha mẹ và/hoặc người giám hộ của trẻ vị thành niên phải đồng ý hợp tác với tiểu bang để thu chi phí y tế từ người cha/mẹ vắng mặt trừ khi họ tin và báo với MassHealth rằng sự hợp tác sẽ gây hại cho chính đứa trẻ hoặc cha/mẹ hoặc người giám hộ.
 6. Những người đủ điều kiện bị thương trong một tai nạn, hoặc theo một cách nào đó, và nhận được tiền từ bên thứ ba do tai nạn hoặc thương tích đó gây ra phải sử dụng số tiền này để hoàn trả MassHealth hoặc Health Safety Net cho một số dịch vụ được cung cấp.
 7. Những người đủ điều kiện phải thông báo cho MassHealth hoặc Health Safety Net bằng văn bản, trong vòng 10 ngày theo lịch, hoặc càng sớm càng tốt, về bất kỳ yêu cầu bồi thường bảo hiểm hoặc vụ kiện nào được đệ trình vì tai nạn hoặc thương tích.
 8. Tình trạng của đơn này có thể được chia sẻ với bệnh viện, trung tâm y tế cộng đồng, nhà cung cấp dịch vụ y tế khác hoặc các cơ quan liên bang hoặc tiểu bang khi cần thiết cho việc điều trị, chi trả, vận hành hoặc quản lý các chương trình được liệt kê ở trên.
 9. Trong phạm vi luật pháp cho phép, sau khi thông báo và có cơ hội kháng cáo, MassHealth có thể đặt quyền lưu giữ đối với bất kỳ bất động sản nào mà thành viên MassHealth đủ điều kiện sở hữu hoặc có quyền lợi hợp pháp, nếu thành viên đó đang được chăm sóc dài hạn tại một cơ sở điều dưỡng hoặc một cơ sở y tế khác và MassHealth xác định rằng không có lý do hợp lý để tin rằng thành viên này có thể trở về nhà. Nếu MassHealth đặt quyền lưu giữ đối với tài sản đó và sau này nó được bán đi, thì tiền thu được từ việc bán tài sản đó có thể được sử dụng để hoàn trả MassHealth cho các dịch vụ y tế đã cung cấp.
 10. Trong phạm vi luật pháp cho phép, và trừ khi áp dụng ngoại lệ, đối với bất kỳ cá nhân đủ điều kiện nào từ 55 tuổi trở lên, hoặc bất kỳ người đủ điều kiện nào thuộc mọi độ tuổi mà MassHealth giúp chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn trong một cơ sở điều dưỡng hoặc một cơ sở y tế khác, MassHealth sẽ truy thu tiền cho toàn bộ chi phí chăm sóc từ tài sản để lại của người đủ điều kiện sau khi chết. Để biết thêm thông tin về việc truy thu tài sản để lại, hãy truy cập mass.gov/EstateRecovery.
 11. Những người đủ điều kiện phải thông báo cho (các) chương trình bảo hiểm y tế mà họ ghi danh về bất kỳ thay đổi nào về thu nhập hoặc việc làm của họ hoặc của hộ gia đình, quy mô hộ gia đình, bảo hiểm y tế, phí bảo hiểm y tế và tình trạng nhập cư, hoặc những thay đổi về bất kỳ thông tin nào khác trong đơn này và bất kỳ phần bổ sung nào trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ khi biết về sự thay đổi. Những người đủ điều kiện có thể thực hiện thay đổi bằng cách gọi **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648 dành cho người điếc, khiếm thính hoặc khuyết tật nói. Thay đổi thông tin có thể ảnh hưởng đến tư cách hợp lệ của những người này hoặc những thành viên trong hộ gia đình của họ.
- Quý vị cũng có thể báo cáo các thay đổi theo bất kỳ cách nào sau đây.**
- Đăng nhập vào tài khoản của quý vị tại **MAhealthconnector.org**. Quý vị có thể tạo một tài khoản online nếu chưa có.
 - Gửi thông tin thay đổi tới **Health Insurance Processing Center**
P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780.
 - Gửi fax thông tin thay đổi tới **(857) 323-8300**.
12. MassHealth, Massachusetts Health Connector, và Health Safety Net sẽ thu thập được tất cả thông tin về bảo hiểm y tế cho những người này từ các công ty làm việc hiện tại cũng như trước đây và công ty bảo hiểm y tế của những cá nhân đủ điều kiện. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn, thông tin về các chính sách, phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm, mức miễn thường và các quyền lợi được bảo hiểm mà những người đó hoặc thành viên trong hộ gia đình họ có thể có hoặc đứng ra phải có.

13. MassHealth, Massachusetts Health Connector, và Health Safety Net có thể lấy hồ sơ hoặc dữ liệu về những cá nhân được liệt kê trong đơn này từ các chương trình và nguồn dữ liệu liên bang và tiểu bang, chẳng hạn như Sở An sinh Xã hội (Social Security Administration), Sở Thuế vụ Liên bang (Internal Revenue Service), Bộ Nội địa An ninh (Department of Homeland Security), Cục Thuế Tiểu bang (Department of Revenue) và Cơ quan Đăng ký Phương tiện Cơ giới (Registry of Motor Vehicles), cũng như các nguồn dữ liệu tư nhân bao gồm các tổ chức tài chính, 1) để chứng minh bất kỳ thông tin nào được cung cấp trên đơn này và bất kỳ phần bổ sung nào hoặc thông tin khác được cung cấp khi một người trở thành thành viên, 2) để ghi lại các dịch vụ y tế được yêu cầu hoặc cung cấp cho những người đó, và 3) để hỗ trợ tiếp tục xét tính đủ điều kiện.
14. Liên quan đến quy trình xét tính đủ điều kiện và ghi danh, MassHealth, Massachusetts Health Connector, và Health Safety Net có thể gửi thông báo có chứa thông tin cá nhân của những người được liệt kê trong đơn cho các cá nhân khác có tên trong đơn này, hoặc gửi thông tin đó cho chính những người này.
15. Theo luật liên bang, không được phép phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tính dục, bản dạng giới hoặc khuyết tật. Tôi có thể gửi đơn khiếu nại khi bị phân biệt đối xử bằng cách truy cập www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.
16. Tôi đồng ý cho phép Massachusetts Health Connector sử dụng dữ liệu thu nhập, bao gồm thông tin từ các bản khai thuế để xác định tính đủ điều kiện của tôi trong những năm tới. Xem lại Chính sách quyền riêng tư của Health Connector để biết thêm thông tin về cách Health Connector sử dụng thông tin thuế của quý vị. Massachusetts Health Connector sẽ gửi cho tôi một thông báo và cho phép tôi thực hiện các thay đổi trong đơn xét tính đủ điều kiện của mình. Tôi hiểu rằng nếu tôi đủ điều kiện nhận (APTC) và/hoặc ConnectorCare, những khoản chi trả này sẽ được trả trực tiếp cho (các) hãng bảo hiểm mà tôi đã chọn. Việc nhận APTC và/hoặc ConnectorCare có thể ảnh hưởng đến nghĩa vụ thuế hằng năm của tôi. Tôi sẽ được cung cấp lựa chọn để áp dụng toàn bộ, một số hoặc không áp dụng bất kỳ số tiền APTC nào mà tôi có thể đủ điều kiện nhận để trả phí bảo hiểm hằng tháng của mình.

TÔI ĐỒNG Ý VỚI CÁC LỜI KHAI SAU ĐÂY. ĐỐI VỚI NGƯỜI NỘP ĐƠN MASSHEALTH VÀ HEALTH CONNECTOR.

- Tôi đã đọc hoặc đã được đọc cho nghe các thông tin về đơn này, bao gồm bất kỳ phần bổ sung và trang hướng dẫn nào, và tôi hiểu rằng Cẩm Nang Thành viên chứa những thông tin quan trọng.
- Tôi được sự cho phép của tất cả những người được liệt kê trong đơn này (hoặc cha mẹ của họ hoặc người đại diện được ủy quyền hợp pháp khác của họ) để thay mặt họ hoàn thành và gửi đơn này cũng như mọi quy trình và hoạt động xem xét tính đủ điều kiện đang diễn ra hoặc tiếp theo sau đó, bao gồm, ví dụ:
 - cung cấp thông tin cá nhân về họ, bao gồm thông tin sức khỏe, bảo hiểm sức khỏe và thu nhập, xem những thông tin đó vì chúng có thể được cung cấp bởi Massachusetts Health Connector, MassHealth và Health Safety Net, đồng thời thay mặt họ đồng ý sử dụng và tiết lộ thông tin như được mô tả trong đơn này;
 - đưa ra quyết định về các lựa chọn bảo hiểm và cách thức liên lạc với Massachusetts Health Connector, MassHealth, và Health Safety Net;
 - thực hiện các thay đổi đối với đơn hoặc các tài liệu xét tính đủ điều kiện liên quan và cung cấp thông tin về bất kỳ thay đổi nào trong hoàn cảnh của họ; và
 - thay mặt họ đồng ý sử dụng các nguồn của chính phủ và tư nhân để xác minh thông tin như được mô tả trong đơn này.
- Tôi hiểu các quyền và trách nhiệm của mình cũng như các quyền và trách nhiệm của tất cả những người có tên trong đơn này như được giải thích trong Bước 7 đây.
- Tôi đã nói hoặc sẽ nói với tất cả những người đó (hoặc cha mẹ hoặc người đại diện được ủy quyền hợp pháp của họ, nếu có) về những quyền và trách nhiệm này để họ hiểu.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng MassHealth, Health Safety Net và Massachusetts Health Connector sẽ coi các chữ ký điện tử, fax hoặc bản sao có cùng hiệu lực như (các) chữ ký gốc.
- Thông tin tôi đã cung cấp là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi về bản thân và những người khác được liệt kê trong đơn này.
- Tôi có thể phải chịu hình phạt theo luật liên bang nếu cố tình cung cấp thông tin sai sự thật hoặc không đúng sự thật.

ĐỐI VỚI NGƯỜI NỘP ĐƠN CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP DINH DƯỠNG BỔ SUNG (SNAP)

CÁC QUYỀN LỢI TỪ CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP DINH DƯỠNG BỔ SUNG (SNAP)

Nếu quý vị đánh dấu vào ô ở trang 1, MassHealth sẽ gửi đơn này đến Sở Trợ cấp Chuyển tiếp (DTA). Đây sẽ là đơn đăng ký SNAP của quý vị! Nếu hội đủ điều kiện, SNAP của quý vị sẽ bắt đầu từ ngày DTA nhận được đơn đăng ký MassHealth này. Bằng cách ký tên dưới đây, quý vị đồng ý rằng quý vị đã đọc và đồng ý với các Quyền, Trách nhiệm và Hình phạt SNAP dành cho quý vị theo chương trình.

Quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP trong vòng 7 ngày kể từ khi DTA nhận được đơn đăng ký này nếu:

- Tổng số thu nhập và số tiền trong ngân hàng của quý vị phải ít hơn mức chi tiêu gia đình hằng tháng, hoặc
- Thu nhập hằng tháng của quý vị phải dưới \$150 và tiền trong ngân hàng phải dưới \$100, hoặc
- Quý vị là lao động di cư và có \$100 hoặc ít hơn trong tài khoản ngân hàng.

Để biết thêm thông tin về SNAP ở Massachusetts, hãy truy cập mass.gov/SNAP.

Thông báo về Quyền, Trách nhiệm và Hình phạt của Sở Trợ cấp Chuyển tiếp (DTA)

Thông báo này liệt kê các quyền và trách nhiệm đối với tất cả các chương trình DTA. Quý vị phải tuân theo các quy tắc cho các chương trình quý vị xin.

Vui lòng đọc những trang này và giữ làm tài liệu cho quý vị.

Hãy cho DTA biết nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào.

Tôi xin tuyên thệ và chịu hình phạt nếu khai man rằng:

- Tôi đã đọc thông tin trong mẫu đơn này, hoặc ai đó đã đọc cho tôi.
- Các câu trả lời của tôi trong mẫu đơn này là đúng và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi sẽ cung cấp cho DTA thông tin trung thực và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi trong cuộc phỏng vấn và trong tương lai.

Tôi hiểu rằng:

- cung cấp thông tin sai lệch hoặc gây hiểu lầm là hành vi gian lận,
- trình bày sai hoặc giấu giếm sự thật để nhận được các lợi ích của DTA là hành vi gian lận,
- gian lận được coi là Hành vi Cố ý Vi phạm Chương trình (IPV), và
- nếu DTA cho rằng tôi đã có hành vi gian lận, DTA có thể tiến hành truy cứu các trách nhiệm dân sự và hình sự đối với tôi.

Tôi cũng hiểu rằng:

- DTA sẽ xác minh thông tin tôi cung cấp trong đơn của mình. Nếu bất kỳ thông tin nào là giả mạo, DTA có thể từ chối cấp trợ cấp SNAP cho tôi.
- Tôi cũng có thể bị truy tố hình sự vì cung cấp thông tin giả mạo.
- Nếu DTA nhận được thông tin đáng tin cậy về một sự thay đổi trong hộ gia đình của tôi, số tiền trợ cấp của tôi có thể thay đổi.
- Bằng cách ký vào mẫu đơn này, tôi cho phép DTA xác minh tính đủ điều kiện để hưởng các quyền lợi, bao gồm:
 - Nhận thông tin từ các cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang, cơ quan quản lý nhà ở địa phương, các sở phúc lợi ngoài tiểu bang, các tổ chức tài chính và Equifax Workforce Solutions (the Work Number). Tôi cũng cho phép các cơ quan này chia sẻ thông tin liên quan đến tính đủ điều kiện nhận trợ cấp của hộ gia đình tôi với DTA.

- Nếu DTA sử dụng thông tin từ Equifax về thu nhập kiếm được của hộ gia đình tôi, tôi có quyền nhận một bản sao miễn phí báo cáo Equifax của mình nếu tôi yêu cầu trong vòng 60 ngày kể từ ngày có quyết định của DTA. Tôi có quyền đặt câu hỏi về thông tin trong bảng báo cáo. Tôi có thể liên lạc với Equifax qua: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (đường dây miễn phí).
- Tôi có quyền có một bản sao đơn của mình, bao gồm thông tin mà DTA sử dụng để quyết định về tính đủ điều kiện và số tiền trợ cấp của hộ gia đình tôi. Tôi có thể yêu cầu DTA cung cấp bản sao điện tử của đơn đăng ký hoàn chỉnh.

DTA sẽ sử dụng thông tin của tôi như thế nào?

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi cho phép DTA lấy và chia sẻ thông tin về tôi và các thành viên trong hộ gia đình tôi với:

- Các ngân hàng, trường học, chính phủ, công ty đang làm việc, chủ nhà, công ty tiện ích và các cơ quan khác để kiểm tra xem tôi có đủ điều kiện nhận trợ cấp hay không.
- Các công ty điện, gas và điện thoại để tôi có thể được giảm giá tiện ích. Các công ty không thể chia sẻ thông tin của tôi hoặc sử dụng nó cho bất kỳ mục đích nào khác.
- Bộ Gia cư và Phát triển Cộng đồng (Department of Housing and Community Development) để ghi danh tôi vào Chương trình Heat & Eat. Chương trình này giúp mọi người nhận được nhiều trợ cấp SNAP nhất có thể.
- Bộ Giáo dục Mầm non và Trung học để con tôi có thể nhận các bữa ăn miễn phí tại trường.
- Chương trình Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (WIC) để bất kỳ trẻ em nào dưới 5 tuổi hoặc phụ nữ mang thai trong gia đình tôi đều có thể nhận được WIC.
- Sở Di trú và Nhập tịch Hoa Kỳ (USCIS), để xác minh tình trạng nhập cư của tôi. Bất kỳ thông tin nào nhận được từ USCIS có thể ảnh hưởng đến điều kiện nhận trợ cấp của hộ gia đình tôi và số tiền trợ cấp DTA.

Lưu ý: Ngay cả khi quý vị không đủ điều kiện nhận trợ cấp do tình trạng nhập cư, DTA sẽ không báo cáo quý vị với các cơ quan nhập cư trừ khi quý vị trình cho DTA lệnh trục xuất cuối cùng.

- Cục Thuế Tiểu bang (DOR) để xác minh tính đủ điều kiện của tôi đối với các khoản tín dụng thuế dựa trên thu nhập, chẳng hạn như Thu nhập Kiếm được (Earned Income) và Thu nhập Hạn chế (Limited In-come), và để xem liệu tôi có đủ điều kiện cho “Tình trạng Không đóng Thuế” hoặc tình trạng khó khăn hay không.
- Bộ Trẻ em và Gia đình (DCF) để điều phối các dịch vụ do DTA và DCF cùng cung cấp.

DTA sử dụng Số An sinh Xã hội (SSN) như thế nào?

DTA được phép yêu cầu cung cấp SSN theo Đạo luật Thực phẩm và Dinh dưỡng năm 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) cho SNAP và theo M.G.L. c. 18 Mục 33 cho TAFDC và EAEDC. DTA sử dụng SSN để:

- Kiểm tra danh tính và tính đủ điều kiện của từng thành viên trong hộ gia đình mà tôi nộp đơn cho thông qua các chương trình đối chiếu dữ liệu.

- Giám sát việc tuân thủ các quy tắc của chương trình.
- Truy thu tiền nếu DTA xác nhận tôi đã hưởng các quyền lợi mà tôi không đủ điều kiện nhận.
- Giúp các cơ quan hành pháp truy bắt những kẻ trốn tránh pháp luật.

Tôi hiểu rằng tôi không phải cung cấp cho DTA số SSN của bất kỳ người nào không phải là công dân Hoa Kỳ trong hộ gia đình tôi, kể cả bản thân tôi, nếu không muốn nhận trợ cấp. Thu nhập của một người không phải là công dân có thể được tính ngay cả khi người này không được nhận trợ cấp.

Quyền có Người Thông Dịch

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền có thông dịch viên chuyên nghiệp do DTA cung cấp miễn phí nếu tôi muốn giao tiếp bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.
- Nếu tôi có một phiên điều trần với DTA, tôi có thể yêu cầu DTA cung cấp cho tôi một thông dịch viên chuyên nghiệp miễn phí, hoặc nếu tôi muốn, tôi có thể đưa một người nào đó đến thông dịch cho tôi. Nếu tôi cần DTA cung cấp một thông dịch viên cho phiên điều trần, tôi phải gọi cho Phòng Điều Trần ít nhất một tuần trước ngày điều trần.

Quyền Ghi Danh Bưu Cử

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền đăng ký bỏ phiếu thông qua DTA.
- DTA sẽ giúp tôi điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri nếu tôi muốn được giúp đỡ.
- Tôi có thể điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri một cách riêng tư.
- Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các quyền lợi DTA của tôi.

Cơ Hội Việc Làm

Tôi đồng ý rằng DTA có thể chia sẻ tên và thông tin liên hệ của tôi với các nhà cung cấp việc làm và đào tạo, bao gồm:

- Các nhà cung cấp SNAP Path Work hoặc các chuyên gia DTA cho các thân chủ SNAP, và
- Các nhà cung cấp Việc làm và Đào tạo có hợp đồng hoặc Nhân viên Tham gia Toàn diện cho các thân chủ TAFDC.

Các thân chủ của SNAP có thể tự nguyện tham gia các dịch vụ huấn luyện việc làm và giáo dục qua chương trình SNAP Path to Work.

Tình trạng Công dân

Tôi tuyên thệ rằng tất cả các thành viên trong hộ gia đình SNAP của tôi hiện đang xin trợ cấp DTA là công dân Hoa Kỳ hoặc là ngoại kiều cư trú hợp pháp.

Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)

Tôi hiểu rằng:

- DTA quản lý chương trình SNAP ở Massachusetts.
- Khi tôi nộp đơn với DTA (qua điện thoại, trực tuyến, gặp trực tiếp hoặc qua thư hoặc fax), DTA có 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn của tôi để quyết định xem tôi có đủ điều kiện hay không.
 - Nếu tôi đủ điều kiện nhận SNAP cấp tức (khẩn cấp), DTA phải cung cấp cho tôi SNAP và đảm bảo rằng tôi có thể Chuyển khoản Quyền lợi Điện tử (EBT) trong vòng 7 ngày kể từ ngày họ nhận được đơn đăng ký của tôi.

- Tôi có quyền nói chuyện với người giám sát DTA nếu:
 - DTA nói rằng tôi không đủ điều kiện để nhận trợ cấp SNAP khẩn cấp, và tôi không đồng ý.
 - Tôi đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP khẩn cấp, nhưng không nhận được quyền lợi của mình trước ngày thứ 7 sau khi tôi nộp đơn xin SNAP.
 - Tôi đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP khẩn cấp nhưng không nhận được thẻ EBT vào ngày thứ 7 sau khi tôi nộp đơn xin SNAP.
- Khi tôi nhận SNAP, tôi phải đáp ứng các quy tắc nhất định. Khi tôi được chấp thuận nhận SNAP, DTA sẽ cung cấp cho tôi một bản sao của tập tài liệu "Quyền Được Biết Của Quý Vị" và tập tài liệu về Chương trình SNAP. Tôi sẽ đọc các tài liệu hoặc nhờ ai đó đọc cho tôi nghe. Nếu tôi có bất kỳ câu hỏi nào hoặc cần trợ giúp để đọc hoặc hiểu thông tin này, tôi có thể gọi cho DTA theo số 1-877-382-2363.
- Báo với DTA về những thay đổi trong hộ gia đình tôi:
 - Nếu tôi là một hộ gia đình được Báo cáo Đơn giản hóa của SNAP, tôi không phải báo cáo hầu hết các thay đổi đối với DTA cho đến khi phải nộp Báo cáo Tạm thời hoặc đến khi Chứng nhận lại. Những điều duy nhất tôi phải báo cáo sớm hơn là: Nếu thu nhập của hộ gia đình tôi vượt quá ngưỡng tổng thu nhập (được liệt kê trong thông báo chấp thuận của tôi).
- Tôi phải báo cáo điều này trước ngày 10 của tháng kế tiếp, ngay sau tháng mà thu nhập của tôi vượt quá ngưỡng.
 - Nếu tôi phải đáp ứng Quy tắc Làm việc dành cho Người Trưởng thành Không có người phụ thuộc (ABAWD) và số giờ làm việc của tôi giảm xuống dưới 20 giờ mỗi tuần.
 - Nếu mọi người trong hộ gia đình tôi từ 60 tuổi trở lên, bị tàn tật hoặc dưới 18 tuổi và không có ai có thu nhập từ việc làm, thì những điều duy nhất tôi phải báo cáo là: Nếu ai đó bắt đầu làm việc, hoặc Ai đó dọn vào hoặc rời khỏi hộ gia đình của tôi.
- Tôi phải báo cáo những thay đổi này trước ngày 10 của tháng kế tiếp, ngay sau tháng có sự thay đổi.
 - Nếu tôi nhận SNAP thông qua Thay thế Phúc lợi Chuyển tiếp (TBA) vì TAFDC của tôi đã ngừng hoạt động, tôi không phải báo cáo bất kỳ thay đổi nào cho DTA trong 5 tháng mà tôi nhận được TBA.
 - Nếu tôi nhận SNAP thông qua Bay State CAP, tôi không phải báo cáo bất kỳ thay đổi nào với DTA.

Nếu tôi và mọi người trong gia đình tôi nhận được hỗ trợ tiền mặt (TAFDC hoặc EAEDC), tôi phải báo cáo một số thay đổi cho DTA trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi. Xem Khi nào tôi cần thông báo với DTA về những thay đổi trong hộ gia đình của tôi theo Viện trợ Chuyển tiếp cho Các Gia đình có Trẻ em Phụ thuộc (TAFDC) và Viện trợ Khẩn cấp cho Người già, Người tàn tật và Trẻ em (EAEDC) dưới đây.

Tôi có thể nhận được nhiều quyền lợi SNAP hơn nếu tôi báo cáo và cung cấp bằng chứng DTA cho những điều sau đây, bất kỳ lúc nào:

- Chi phí giữ trẻ hoặc chi phí chăm sóc người phụ thuộc khác, chi phí nơi tạm trú, và/hoặc chi phí dịch vụ tiện ích;
- Tiền cấp dưỡng nuôi con mà tôi (hoặc ai đó trong hộ gia đình tôi) được yêu cầu phải trả theo luật pháp cho một thành viên không thuộc hộ gia đình; và
- Chi phí y tế cho các thành viên trong hộ gia đình tôi, bao gồm cả tôi, từ 60 tuổi trở lên hoặc bị tàn tật.

Quy tắc Việc làm cho thân chủ SNAP: Nếu quý vị nhận được trợ cấp SNAP và ở độ tuổi từ 16 đến 59, quý vị có thể cần phải đáp ứng các quy tắc việc làm chung của SNAP hoặc quy tắc việc làm của ABAWD trừ khi quý vị được miễn trừ. DTA sẽ báo cho tôi và các thành viên trong gia đình tôi biết nếu chúng tôi cần đáp ứng bất kỳ Quy tắc Việc làm nào, các trường hợp miễn trừ là gì và điều gì sẽ xảy ra nếu chúng tôi không đáp ứng các quy tắc.

Nếu quý vị tuân theo Quy tắc Việc làm SNAP, quý vị phải:

- Đăng ký làm việc khi nộp đơn và khi quý vị xin chứng nhận lại SNAP. Quý vị đăng ký khi ký vào đơn xin SNAP hoặc biểu mẫu xin chứng nhận lại.
- Cung cấp cho DTA thông tin về tình trạng việc làm của quý vị khi DTA yêu cầu.
- Đến gặp hãng sở nếu được DTA giới thiệu.
- Chấp nhận một lời mời làm việc (trừ khi có lý do chính đáng để không làm).
- Không được bỏ việc hơn 30 giờ một tuần mà không có lý do chính đáng.
- Cắt giảm giờ làm việc của quý vị xuống dưới 30 giờ một tuần mà không có lý do chính đáng.

Các Quy tắc SNAP

- Không được khai man hoặc che giấu thông tin để được nhận trợ cấp SNAP.
- Không trao đổi hoặc bán trợ cấp SNAP.
- Không thay đổi thẻ EBT để nhận các trợ cấp SNAP mà quý vị không đủ điều kiện.
- Không được sử dụng trợ cấp SNAP để mua các món đồ không hội đủ điều kiện, ví dụ như bia rượu và thuốc lá.
- Không sử dụng các trợ cấp SNAP hoặc thẻ EBT của người khác trừ khi quý vị là đại diện được ủy quyền hoặc người nhận đã cho phép quý vị sử dụng thẻ thay mặt cho họ.

Cảnh báo Hình phạt SNAP

Tôi hiểu rằng nếu tôi hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình SNAP của tôi cố ý vi phạm bất kỳ quy định nào được liệt kê dưới đây, người đó sẽ không đủ điều kiện để được nhận trợ cấp SNAP một năm sau lần vi phạm đầu tiên, hai năm sau lần vi phạm thứ hai và vĩnh viễn sau lần vi phạm thứ ba. Người đó cũng có thể bị phạt tiền tối đa là \$250,000, phạt tù tới mức tối đa 20 năm hoặc cả hai. Họ cũng có thể bị truy tố theo luật Liên bang và Tiểu bang.

Tôi cũng hiểu các hình phạt sau đây: Nếu tôi hoặc một thành viên trong hộ gia đình SNAP của tôi:

- Vi phạm chương trình tiền mặt theo Hành vi Cố ý Vi phạm Chương trình (IPV), họ sẽ không đủ điều kiện nhận SNAP trong cùng khoảng thời gian mà họ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tiền mặt.
- Khai man về lý lịch hoặc nơi cư trú để được nhận nhiều khoản trợ cấp SNAP cùng một lúc, họ sẽ không được nhận trợ cấp SNAP trong mười năm.
- Trao đổi (mua hay bán) trợ cấp SNAP để lấy chất kích thích bất hợp pháp/chất bị kiểm soát, họ sẽ không được nhận SNAP trong hai năm đối với lần đầu bị phát hiện, và vĩnh viễn khi bị phát hiện lần thứ hai.
- Trao đổi (mua hoặc bán) trợ cấp SNAP lấy súng ống, đạn dược hoặc chất nổ, họ sẽ không được nhận SNAP mãi mãi.
- Đưa ra đề nghị bán các trợ cấp SNAP hoặc thẻ EBT trên mạng hoặc trực tiếp, Tiểu bang có thể truy cứu IPV chống lại họ.

- Thanh toán cho thực phẩm đã được mua bằng tín dụng, họ sẽ không được nhận SNAP.
- Mua các sản phẩm bằng trợ cấp SNAP với ý định rút lấy sản phẩm bên trong và trả lại hộp đựng để lấy tiền mặt, họ sẽ không được nhận SNAP.
- Chạy trốn để tránh bị truy tố, giam giữ hoặc biệt giam sau khi bị kết án vì tội đại hình, họ sẽ không được nhận SNAP.
- Vi phạm lệnh quản chế hoặc tạm tha, trong đó cơ quan thực thi pháp luật đang tích cực tìm cách bắt giữ họ, họ sẽ không được nhận SNAP.

Bất kỳ ai bị kết án tội đại hình sau ngày 7 tháng 2 năm 2014 sẽ không được nhận trợ cấp SNAP nếu họ là một người phạm trọng tội đang bỏ trốn hoặc đang vi phạm quản chế hoặc tạm tha - theo 7 CFR §273.11 (n) - và bị kết án như một người trưởng thành:

1. Lạm dụng tình dục nghiêm trọng theo mục 2241 của điều 18, U.S.C.;
2. Giết người theo mục 1111 của điều 18, U.S.C.;
3. Bất kỳ hành vi vi phạm nào theo chương 110 của điều 18, U.S.C.;
4. Một hành vi phạm tội theo luật Liên bang hoặc Tiểu bang liên quan đến tấn công tình dục, như được định nghĩa trong mục 40002(a) của VAWA 1994 (42 U.S.C. 13925a); hoặc là
5. Một hành vi phạm tội theo luật Tiểu bang được Tổng chưởng lý xác định là về cơ bản tương tự như một hành vi phạm tội được mô tả trong danh sách này.

Tuyên Bố Về Không Phân Biệt Đối Xử

Chiếu theo luật dân quyền Liên Bang và các chính sách và quy định về dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), USDA, các Cơ Quan, văn phòng, và nhân viên của bộ, cũng như các tổ chức tham gia hoặc điều hành các chương trình của USDA bị nghiêm cấm không được phân biệt đối xử vì lý do sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng, tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị, hoặc trả đũa hoặc trả thù vì đã từng tham gia hoạt động dân quyền trong bất kỳ chương trình hay hoạt động nào do USDA tổ chức hoặc đài thọ.

Những người khuyết tật cần phương tiện giao tiếp khác để nhận tin tức về chương trình (ví dụ như chữ nổi Braille, bản in bằng chữ khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ, v.v.), cần liên lạc với Cơ Quan (Tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin trợ cấp. Những cá nhân nào bị điếc, khiếm thính hoặc có khuyết tật ngôn ngữ có thể liên lạc với USDA qua Dịch vụ Chuyển Tiếp Liên Bang tại số 1-800-877-8339. Thêm vào đó, thông tin về chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại chương trình về sự phân biệt đối xử:

- Hoàn thành Biểu mẫu Khiếu nại Phân biệt Đối xử trong Chương trình của USDA, (AD-3027) được tìm thấy trực tuyến tại: ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, và tại bất kỳ văn phòng nào của USDA. Quý vị có thể yêu cầu một bản sao của biểu mẫu khiếu nại bằng cách gọi 1-866-632-9992; hoặc
- Viết một lá thư gửi đến USDA và điền vào lá thư tất cả thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu.

Nộp mẫu đơn đã hoàn tất hoặc thư của quý vị tới USDA qua:

- thư: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410; hoặc
- fax: 1-202-690-7442; hoặc
- email: program.intake@usda.gov

Tổ chức này là một cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.

Viện trợ Chuyển tiếp cho Các Gia đình có Trẻ em Phụ thuộc (TAFDC) và Viện trợ Khẩn cấp cho Người già, Người tàn tật và Trẻ em (EAEDC) TAFDC và EAEDC là các chương trình hỗ trợ tiền mặt. Để tìm hiểu thêm và đăng ký, hãy truy cập DTACconnect.com hoặc gọi cho văn phòng DTA địa phương của quý vị. Thông tin này chỉ áp dụng cho các hộ gia đình đang nộp đơn xin hoặc nhận TAFDC hoặc EAEDC.

Khi nào tôi cần thông báo với DTA về những thay đổi trong hộ gia đình của tôi?

Tôi phải thông báo với DTA về những thay đổi có thể ảnh hưởng đến TAFDC hoặc EAEDC (trợ cấp tiền mặt) của tôi trong vòng 10 ngày, ngoại trừ việc tôi không phải thông báo với DTA về sự thay đổi trong thu nhập của tôi dưới \$100 mỗi tháng. Điều này bao gồm những thay đổi về thu nhập, tài sản, địa chỉ của tôi, người tôi sống cùng, quy mô gia đình, công việc và bảo hiểm y tế.

Làm thế nào để tôi nhận được bảo hiểm y tế?

- Nếu tôi nhận được TAFDC hoặc EAEDC, tôi cũng sẽ nhận được MassHealth.
- Nếu tôi bị TAFDC hoặc EAEDC từ chối, MassHealth sẽ sử dụng thông tin của tôi để xem liệu tôi có đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hay không.
- Nếu EAEDC của tôi chấm dứt, tôi cần đăng ký MassHealth riêng. Để yêu cầu đơn xin, hãy gọi 1-800-841-2900.

Nếu tôi nhận MassHealth, tôi đồng ý rằng MassHealth có thể thu:

- nợ tiền từ một nguồn khác để chăm sóc y tế cho tôi, và
- hỗ trợ y tế từ cha/mẹ vắng mặt của bất kỳ trẻ em nào dưới 19 tuổi đang nhận các quyền lợi MassHealth.

Có quy định đặc biệt nào nếu tôi chỉ đủ điều kiện vì tai nạn hoặc thương tích không?

Nếu gia đình tôi nhận được trợ cấp từ MassHealth hoặc DTA vì tai nạn hoặc thương tích, tôi phải sử dụng bất kỳ khoản tiền nào tôi nhận được cho tai nạn hoặc thương tích để trả lại cho họ. Tiền có thể là từ một hợp đồng bảo hiểm, một khoản bồi thường hoặc bất kỳ nguồn nào khác. Điều này áp dụng ngay cả khi tôi chưa biết nguồn tiền có thể có là gì.

Tôi đồng ý hợp tác với MassHealth và DTA bằng cách:

- Nộp đơn yêu cầu tiền từ các nguồn khác.
- Thông báo cho MassHealth và DTA ngay lập tức về bất kỳ yêu cầu bảo hiểm, vụ kiện, hoặc quy trình khác để nhận tiền.
- Cung cấp thông tin mới cho MassHealth và DTA khi tôi nhận được.

Nếu tôi không hợp tác, MassHealth và DTA có thể ngừng hoặc từ chối các quyền lợi của tôi. --Tôi đồng ý rằng MassHealth và DTA có thể:

- Chia sẻ thông tin về các quyền lợi của tôi để lấy tiền trả lại các quyền lợi đó.
- Xem tất cả hồ sơ về số tiền mà tôi có thể nhận được do tai nạn hoặc thương tích, chẳng hạn như hồ sơ tại Cục Tai nạn Lao Động.

Nếu tôi đang nhận EAEDC vì tôi bị khuyết tật hoặc tôi trên 65 tuổi, tôi phải nộp đơn xin Tiền Phụ cấp Lợi tức An Sinh (SSI) của liên bang. Nếu tôi được chấp thuận nhận trợ cấp SSI cùng thời gian tôi nhận EAEDC, thì Sở An sinh Xã hội sẽ gửi một phần trợ cấp SSI của tôi đến DTA để hoàn trả EAEDC.

Thông báo Quan trọng về Luật và Lợi ích của Quý vị

Hành vi Cố ý Vi phạm Chương trình (IPV) là cố ý đưa ra một tuyên bố sai lệch hoặc gây hiểu lầm hoặc trình bày sai, che giấu hoặc giấu giếm sự thật, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, để thiết lập hoặc duy trì tính đủ điều kiện cho các lợi ích TAFDC hoặc EAEDC hoặc để đạt được các lợi ích mà tôi không được quyền nhận.

Nếu tôi bị kết tội IPV bởi một tòa án, phiên điều trần hành chính hủy tư cách, hoặc bằng cách ký đơn từ bỏ, tôi sẽ không đủ tư cách nhận các quyền lợi TAFDC hoặc EAEDC trong một khoảng thời gian:

- 6 tháng cho lần vi phạm đầu tiên
- 12 tháng nếu vi phạm lần thứ hai
- mãi mãi cho lần vi phạm thứ ba

Ngoài ra, các luật khác có thể được áp dụng.

Những Điều Cấm Đối với Giao dịch bằng thẻ EBT

Tôi hiểu rằng việc sử dụng quỹ TAFDC hoặc EAEDC được giữ trên thẻ chuyển quyền lợi điện tử (EBT) để thanh toán cho các khoản sau là bất hợp pháp: đồ uống có cồn; sản phẩm thuốc lá; vé xổ số kiến thiết; tài liệu hoặc buổi biểu diễn dành cho người trưởng thành; bài bạc; súng và đạn dược; dịch vụ nghỉ dưỡng; hình xăm; xô khuyên trên cơ thể; trang sức; tivi; dàn âm thanh nổi; trò chơi điện tử hoặc máy chơi game tại các cửa hàng cho thuê; cần sa giải trí; lệ phí theo lệnh của tòa án; tiền phạt; bảo lãnh hoặc trái phiếu bảo lãnh.

Những Điều Cấm Đối với Nơi Tôi Có Thể Sử Dụng Thẻ EBT Của Mình

Tôi hiểu rằng việc sử dụng thẻ chuyển quyền lợi điện tử (EBT) của tôi tại các địa điểm sau đây là bất hợp pháp: hiệu sách dành cho người trưởng thành; cửa hàng bán đồ dùng cho người trưởng thành hoặc cơ sở biểu diễn dành cho người trưởng thành; đại lý bán đạn dược; sòng bạc; sòng bạc hoặc cơ sở trò chơi đánh bạc; tàu du lịch; đại lý bán súng ống; cửa hàng trang sức; cửa hàng rượu; cửa hàng làm móng hoặc cửa hàng thẩm mỹ; đại lý chuyển tiền ra nước ngoài; cửa hàng cần sa giải trí hoặc tiệm xăm.

Các Hình phạt Đối với các Giao dịch Mua Tiền mặt bằng Thẻ EBT Bị Cấm

- Vi phạm Lần Đầu: Tôi phải trả lại DTA số tiền đã chi tiêu.
- Vi phạm Lần thứ hai: Tôi phải trả lại DTA số tiền đã chi tiêu và sẽ mất quyền lợi tiền mặt trong hai tháng.
- Vi phạm lần thứ ba: phải trả lại DTA số tiền đã chi tiêu và sẽ mất quyền lợi tiền mặt vĩnh viễn.

KÝ ĐƠN NÀY - BẮT BUỘC.

Bằng cách ký tên vào đơn đăng ký dưới đây, tôi xin xác nhận chịu hình phạt nếu khai man rằng những nội dung tôi gửi và tuyên bố trong đơn đăng ký này là đúng và đầy đủ theo hiểu biết của tôi, đồng thời tôi đồng ý chấp nhận và tuân thủ các quyền và trách nhiệm nêu trên của các chương trình MassHealth và Health Connector.

Nếu tôi đã cho biết rằng tôi đang đăng ký Chương trình Trợ cấp Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP) trên trang 1 của đơn đăng ký này, tôi xác nhận rằng tôi hiểu và đồng ý với các quyền, quy tắc và hình phạt của chương trình SNAP, như đã nêu ở trên. Tôi yêu cầu MassHealth gửi thông tin của tôi, bao gồm Thông tin Y tế được Bảo vệ tuân theo Đạo luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Bảo hiểm Y tế (HIPAA), tới Sở Trợ cấp Chuyển tiếp (DTA) nhằm mục đích nộp đơn xin trợ cấp SNAP.

Quan trọng: Chỉ dành cho các đơn đăng ký MassHealth và Health Connector. Nếu quý vị đang gửi đơn đăng ký này với tư cách là đại diện được ủy quyền, quý vị phải gửi **Mẫu đơn Chỉ định Người Đại diện (ARD)** cho chúng tôi hoặc có biểu mẫu trong hồ sơ để chúng tôi xử lý đơn đăng ký này. ARD nằm ở cuối đơn đăng ký này.

Chữ ký của Người thứ 1 hoặc người đại diện được ủy quyền hoặc bên chịu trách nhiệm	Ghi Họ Tên
	Ngày

Nếu dưới 18 tuổi, quý vị có phải là trẻ vị thành niên được giải phóng không? Có Không

Nếu chọn **Không**, chúng tôi cần một bên chịu trách nhiệm từ 18 tuổi trở lên để thay mặt quý vị ký vào đơn đăng ký này.

Vui lòng cung cấp thông tin của người đó bên dưới.

Tên	Tên đệm	Họ	Tên Hậu tố
Số an sinh xã hội	Mối quan hệ với quý vị		Ngày sinh
Địa chỉ đường			Số Căn hộ (Apartment/Unit #)
Thành phố	Bang	Mã bưu chính	Quận hạt
Số điện thoại	Số máy lẻ.	Loại điện thoại	
Điện thoại thứ hai	Số máy lẻ.	Loại điện thoại	
Địa chỉ email			

BƯỚC 8 Gửi cho chúng tôi đơn đăng ký đã hoàn tất của quý vị.

Gửi đơn đăng ký đã ký của quý vị đến: **Health Insurance Processing Center**; hoặc Fax đến: **(857) 323-8300**
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

THÔNG TIN ĐĂNG KÝ CỬ TRI

Mẫu đơn đăng ký bầu cử được đính kèm trong đơn đăng ký này hoặc có thể tìm thấy tại www.sec.state.ma.us. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin về cách đăng ký bầu cử tại www.sec.state.ma.us. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về quy trình đăng ký cử tri, hoặc nếu quý vị cần trợ giúp điền vào biểu mẫu, vui lòng đến Trung tâm Ghi danh MassHealth tại địa phương hoặc gọi cho Trung tâm Dịch vụ Khách hàng MassHealth theo số **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648.

Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến số tiền hỗ trợ mà quý vị sẽ được cơ quan này cung cấp. Nếu quý vị muốn được giúp điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quyết định tìm kiếm hoặc chấp nhận sự giúp đỡ là của quý vị. Quý vị có thể điền vào đơn đăng ký một cách riêng tư.

Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký của quý vị hoặc từ chối quyền đăng ký bỏ phiếu, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hoặc nộp đơn đăng ký bầu cử hoặc với quyền để chọn đảng chính trị của riêng quý vị hoặc các tùy chọn chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với:

Bộ trưởng Khốí Thịnh vượng chung, Bộ phận Bầu cử Điện thoại: **(617) 727-2828** hoặc **(800) 462-8683**.
One Ashburton Place, Room 1705
Boston, MA 02108

Nếu quý vị hoặc bất kỳ ai khác trong đơn đăng ký của quý vị không đăng ký bầu cử tại nơi quý vị đang sống hiện tại, quý vị có muốn đăng ký bầu cử ngay hôm nay không? Có Không

NẾU KHÔNG ĐÁNH VÀO Ô NÀO, QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC XEM LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BẦU CỬ TẠI THỜI ĐIỂM NÀY.

TÌNH TRẠNG NHẬP CƯ VÀ CÁC LOẠI TÀI LIỆU

Câu hỏi 10a trong đơn đăng ký hỏi những người không phải công dân về tình trạng nhập cư của họ và về loại hoặc các loại giấy tờ nhập cư mà họ có để xác minh tình trạng nhập cư của họ. Vui lòng tham khảo danh sách sau để điền vào Câu hỏi 10a. Nếu quý vị cần trợ giúp thêm, có thể tìm thông tin chi tiết trực tuyến tại www.mahealthconnector.org/immigration-document-types.

Tình trạng Nhập cư Đủ điều kiện

Trong phần “Tình trạng Nhập cư” của Câu hỏi 10a, hãy viết bất kỳ tình trạng nào áp dụng cho quý vị hoặc các thành viên trong hộ gia đình của quý vị. Quý vị có thể điền vào nhiều hơn một tình trạng.

- Con lai Mỹ Á
- Được cấp quyền tị nạn
- Người nhập cư Cuba-Haiti
- Hoãn trực xuất
- Người Mỹ bản địa sinh ra ở Canada hoặc các vùng lãnh thổ không thuộc Hoa Kỳ
- Người tị nạn
- Nạn nhân của nạn buôn người nghiêm trọng hoặc vợ/chồng, con cái, anh chị em hoặc cha mẹ của họ
- Người Iraq nhập cư đặc biệt
- Người Afghanistan nhập cư đặc biệt
- Người nhập cư có điều kiện được cấp trước năm 1980
- Cựu chiến binh hoặc thành viên tại ngũ của quân đội hoặc vợ/chồng hoặc người phụ thuộc của họ
- Thường trú nhân hợp pháp
- Được ân xá ít nhất một năm
- Vợ/chồng hoặc con (hoặc cha mẹ hoặc con của anh ta hoặc cô ta) bị bạo hành gia đình
- Tình trạng không nhập cư (thị thực)
- Được ân xá dưới một năm
- Được cấp tình trạng cư trú tạm thời

- Được cấp Tình trạng Được Bảo vệ Tạm thời (TPS) hoặc người nộp đơn xin TPS với giấy phép làm việc
- Được cấp phép làm việc theo 8 CFR 274a(12)(c)
- Những người thụ hưởng diện đoàn tụ gia đình
- Hoãn Thi hành Khởi hành
- Tình trạng Hoãn Thi hành ngoại trừ chương trình Hoãn Thi hành đối với Trẻ em Nhập cư (DACA)
- Được cấp quyền lưu trú hành chính dưới 8 CFR 241
- Đơn xin thị thực được chấp thuận với đơn xin điều chỉnh tình trạng nhập cư đang chờ xử lý
- Người nộp đơn xin tị nạn hoặc trì hoãn trực xuất với giấy phép làm việc
- Người nộp đơn (trong ít nhất 180 ngày) dưới 14 tuổi xin tị nạn hoặc trì hoãn trực xuất
- Được cấp phép trì hoãn trực xuất theo Công ước Chống Tra tấn
- Đương đơn xin tình trạng Vị thành niên Nhập cư Đặc biệt (SIJ)
- Người nộp đơn hoặc được cấp tình trạng nhập cư theo chương trình Hoãn Thi hành đối với Trẻ em Nhập cư (DACA)
- Tôi có một giấy tờ nhưng không có bất kỳ trạng thái nào được liệt kê ở trên (Người Cư trú Lách luật, PRUCOL)

Các loại Giấy tờ Nhập cư

Trong phần “Loại Giấy tờ nhập cư” của Câu hỏi 9a, hãy viết bất kỳ loại tài liệu nào mà quý vị hoặc các thành viên trong gia đình của quý vị có. Quý vị có thể liệt kê nhiều loại tài liệu nhập cư.

- Giấy phép tái nhập cảnh (I-327)
- Thẻ Thường trú nhân (“thẻ xanh,” I-551)
- Giấy thông hành tị nạn (I-571)
- Thẻ giấy phép làm việc (I-766)
- Thị thực nhập cư có thể đọc được bằng máy (với cấp phép I-551 tạm thời)
- Con dấu I-551 tạm thời (trên hộ chiếu hoặc I-94, I-94A)
- Hồ sơ Xuất nhập cảnh (I-94, I-94A) do Sở Di trú và Nhập tịch Hoa Kỳ cấp
- Hồ sơ Xuất nhập cảnh trong hộ chiếu nước ngoài chưa hết hạn (I-94)
- Hộ chiếu nước ngoài hết hạn
- Giấy chứng nhận đủ điều kiện cho tình trạng sinh viên không nhập cư (F1) (I-20)
- Giấy chứng nhận đủ điều kiện cho trạng thái khách trao đổi (J1) (DS2019)
- Thông báo Hành động (I-797)/Khác với Số người nước ngoài (A-Number)
- Thông báo Hành động (I-797)/Khác với Số I-94

CHUNG TỘC HOẶC SẮC TỘC (KHÔNG BẮT BUỘC) Chọn các tùy chọn mô tả tốt nhất về quý vị. Điền tất cả những lựa chọn phù hợp.

Vui lòng ghi rõ vào Câu hỏi 11 trang 4, 8, 12, và 16.

Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska Bản địa (Hoàn thành Bước 3 và Phần Bổ sung B)

Người Da đen hay người Mỹ gốc Phi

Người Da Trắng hoặc Người gốc Châu Âu
Người nói tiếng Tây Ban Nha, người Latinh hoặc người gốc Tây Ban Nha

- Người Cuba
- Người Mexico, Người Mỹ gốc Mexico, hoặc Chicano
- Người Puerto Rican
- Người nói tiếng Tây Ban Nha/người Latinh/người gốc Tây Ban Nha khác - Vui lòng ghi rõ trong Câu hỏi 11

Châu Á

- Người Ấn Độ Châu Á
- Người Trung Quốc
- Người Nhật
- Người Hàn Quốc
- Người Việt Nam
- Người Châu Á khác - Vui lòng ghi rõ vào Câu hỏi 11

Người đảo Thái Bình Dương

- Người Philippines
- Người Guam hoặc Chamorro
- Người Hawaii bản địa
- Người Samoa
- Người Đảo Thái Bình Dương khác – Vui lòng ghi rõ vào Câu hỏi 11

Đối với bất kỳ chủng tộc hoặc sắc tộc nào không được liệt kê ở đây, vui lòng nêu rõ trong Câu hỏi 11.

Trả lời những câu hỏi này nếu một người nào đó trong hộ gia đình đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe từ việc làm cho dù họ có đăng ký nhận bảo hiểm hay không. Đính kèm một bản sao của trang này cho mỗi việc làm cung cấp bảo hiểm sức khỏe.

THÔNG TIN NHÂN VIÊN

1. Tên nhân viên (tên, tên đệm, họ)	2. Số an sinh xã hội của nhân viên
3. a. Có ít nhất một người trong đơn đăng ký này hiện đủ điều kiện hoặc đăng ký tham gia bảo hiểm do hãng sở này cung cấp không, hoặc ít nhất một người trong đơn đăng ký này sẽ đủ điều kiện trong vòng 3 tháng tới? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời cho 3a là Có , tiếp tục. Nếu câu trả lời cho 3a là Không , dừng ở đây và bỏ qua phần còn lại của Phần Bổ sung A .	
b. Nếu bất kỳ người nào đang trong thời gian chờ đợi hoặc thử việc, thì khi nào người này có thể đăng ký tham gia bảo hiểm? (tháng/ngày/năm) _____	

THÔNG TIN HÃNG SỞ

4. Tên hãng sở	5. ID Thuế Liên Bang	
6. Địa chỉ hãng sở	7. Số điện thoại của hãng sở	
8. Thành phố	9. Bang	10. Mã bưu chính
11. Chúng tôi có thể liên hệ với ai về bảo hiểm sức khỏe của nhân viên tại chỗ làm này?		
12. Số điện thoại (nếu khác ở trên)	13. Địa chỉ email	

HÃY CHO CHÚNG TÔI BIẾT VỀ CHƯƠNG TRÌNH SỨC KHỎE DO HÃNG SỞ NÀY CUNG CẤP.

14. Hãng sở có cung cấp một chương trình sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu không? * Có Không

15. a. Tên của chương trình sức khỏe chi phí thấp nhất được cung cấp cho bản thân nhân viên là gì? _____
 b. Chương trình sức khỏe do hãng sở cung cấp có đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu đối với gói bảo hiểm không? Có Không
 c. Nhân viên này đã trả bao nhiêu phí bảo hiểm để ghi danh vào chương trình này, hoặc nhân viên này phải trả bao nhiêu cho chương trình này? \$ _____
 d. Bao lâu một lần hoặc nhân viên này sẽ trả số tiền này như thế nào? _____

16. Hãng sở sẽ thực hiện thay đổi gì cho chương trình này trong năm mới (nếu biết)?

a. Chủ hãng sẽ không cung cấp bảo hiểm sức khỏe
 Ngày bảo hiểm kết thúc (tháng/ngày/năm): _____

b. Nhân viên này có kế hoạch từ bỏ bảo hiểm sức khỏe của hãng sở
 Ngày bảo hiểm kết thúc (tháng/ngày/năm): _____

c. Hãng sở sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho nhân viên hoặc thay đổi phí bảo hiểm cho chương trình chi phí thấp nhất chỉ dành cho nhân viên đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.* (Phí bảo hiểm phải phản ánh mức giảm giá cho các chương trình chăm sóc sức khỏe.)
 Nhân viên phải trả bao nhiêu cho chương trình có chi phí thấp nhất đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu? Chỉ cho chúng tôi biết về chi phí của các chương trình sức khỏe cá nhân (chỉ cho bản thân), không phải chi phí của một chương trình sức khỏe gia đình. \$ _____
 Tần suất đóng? Hằng tuần Mỗi 2 tuần Hai lần một tháng Mỗi tháng một lần Hằng quý Hằng năm
 Ngày thay đổi (tháng/ngày/năm) _____

*Một chương trình sức khỏe do hãng sở tài trợ đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" nếu phần trách nhiệm chi trả cho tổng chi phí phúc lợi của chương trình được ít nhất 60 phần trăm của các chi phí đó (Mục 36B(c)(2)(C)(ii) của Bộ luật Thuế vụ năm 1986.)

Hoàn thành phần bổ sung này nếu quý vị hoặc một thành viên trong hộ gia đình là người Mỹ Bản địa hoặc người Alaska Bản địa.

HÃY CHO CHÚNG TÔI BIẾT VỀ (NHỮNG) THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH LÀ NGƯỜI MỸ BẢN ĐỊA HOẶC NGƯỜI ALASKA BẢN ĐỊA.

Người Mỹ Bản địa hoặc người Alaska Bản địa có thể nhận được các dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa, các chương trình sức khỏe bộ lạc hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị. Họ cũng có thể không phải trả phí bảo hiểm hoặc khoản đồng thanh toán và có thể nhận được thời gian ghi danh hằng tháng đặc biệt. Trả lời những câu hỏi sau để đảm bảo rằng hộ gia đình của quý vị nhận được sự trợ giúp nhiều nhất có thể.

GHI CHÚ: Nếu quý vị cần điền thông tin cho nhiều người hơn, hãy tạo một bản sao của trang này và đính kèm nó.

AI/AN NGƯỜI THỨ 1

1. Tên (tên, tên đệm, họ) _____
2. Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận?
 Có Không
 Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc _____
3. Thành viên của một bộ lạc được Massachusetts công nhận?
 Có Không
 Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc _____
4. Người này đã bao giờ nhận được dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa, các chương trình sức khỏe bộ lạc hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này chưa?
 Có Không
 Nếu chọn **Không**, người này có đủ điều kiện để nhận các dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa, các chương trình sức khỏe bộ lạc hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này không?
 Có Không
5. Một số tiền nhận được có thể không được tính cho MassHealth. Liệt kê bất kỳ thu nhập nào (số tiền và tần suất) được báo cáo trong đơn đăng ký của quý vị bao gồm tiền từ
 - Các khoản thanh toán bình quân đầu người từ một bộ lạc đến từ tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, tiền thuê hoặc tiền bản quyền;
 - Các khoản thanh toán từ tài nguyên thiên nhiên, trồng trọt, chăn nuôi, đánh bắt cá, cho thuê hoặc tiền bản quyền từ đất được Bộ Nội vụ chỉ định là đất ủy thác của người bản địa (bao gồm các khu bảo tồn hiện tại và trước đây); hoặc
 - Tiền từ việc bán những thứ có ý nghĩa văn hóa quan trọng.
 \$ _____ Tần suất nhận? _____

AI/AN NGƯỜI THỨ 2

1. Tên (tên, tên đệm, họ) _____
2. Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận?
 Có Không
 Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc _____
3. Thành viên của một bộ lạc được Massachusetts công nhận?
 Có Không
 Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc _____
4. Người này đã bao giờ nhận được dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa, các chương trình sức khỏe bộ lạc hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này chưa?
 Có Không
 Nếu chọn **Không**, người này có đủ điều kiện để nhận các dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa, các chương trình sức khỏe bộ lạc hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này không?
 Có Không
5. Một số tiền nhận được có thể không được tính cho MassHealth. Liệt kê bất kỳ thu nhập nào (số tiền và tần suất) được báo cáo trong đơn đăng ký của quý vị bao gồm tiền từ
 - Các khoản thanh toán bình quân đầu người từ một bộ lạc đến từ tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, tiền thuê hoặc tiền bản quyền;
 - Các khoản thanh toán từ tài nguyên thiên nhiên, trồng trọt, chăn nuôi, đánh bắt cá, cho thuê hoặc tiền bản quyền từ đất được Bộ Nội vụ chỉ định là đất ủy thác của người bản địa (bao gồm các khu bảo tồn hiện tại và trước đây); hoặc
 - Tiền từ việc bán những thứ có ý nghĩa văn hóa quan trọng.
 \$ _____ Tần suất nhận? _____

Nếu quý vị trả lời **Có** cho Câu hỏi 14 ở Bước 2 về bản thân quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình cần được hỗ trợ hợp lý vì khuyết tật hoặc thương tật, hãy đánh dấu vào tất cả những điều áp dụng dưới đây và liệt kê (các) tên tương ứng.

1. Tình trạng

- Mù—Tên thành viên: _____
- Điếc—Tên thành viên: _____
- Khuyết tật phát triển—Tên thành viên: _____
- Thính giác kém—Tên thành viên: _____
- Khuyết tật về trí tuệ—Tên thành viên: _____
- Thị lực kém—Tên thành viên: _____
- Khuyết tật về thể chất—Tên thành viên: _____
- Khác (Vui lòng giải thích.)—Tên thành viên: _____

2. Hỗ trợ

- Thông dịch viên Ngôn ngữ ký hiệu Hoa Kỳ (ASL)—Tên thành viên: _____
- Thiết bị nghe hỗ trợ—Tên thành viên: _____
- Truy cập Giao tiếp Bản dịch theo Thời gian thực (CART)—Tên thành viên: _____
- Các ấn phẩm in khổ lớn—Tên thành viên: _____
- Các ấn phẩm bằng chữ nổi Braille—Tên thành viên: _____
- Các ấn phẩm ở định dạng điện tử—Tên thành viên: _____
- Nhắn tin tới số điện thoại (TTY)—Tên thành viên: _____
- Dịch vụ chuyển tiếp video (VRS)—Tên thành viên: _____
- Khác (Vui lòng giải thích.)—Tên thành viên: _____

Mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện



Quý vị có thể nộp đơn này nếu quý vị muốn ủy quyền cho một đại diện để thay mặt mình. Nếu người đại diện của quý vị đã ký đơn xin bảo hiểm y tế của quý vị cho quý vị hoặc nếu quý vị là người được ủy quyền đại diện để xin bảo hiểm y tế thay mặt cho người khác, quý vị **cần phải** nộp đơn này để hoàn tất hồ sơ xin bảo hiểm.

Quý vị không cần điền vào đơn này nếu quý vị sống tại một cơ sở nào khác và muốn được nhận bản sao của bản thông báo về tính đủ điều kiện gửi cho quý vị và gửi cho người phối ngẫu của quý vị hiện đang sống ở nhà. Chúng tôi sẽ tự động làm điều đó.

Ghi chú: Người được ủy quyền làm đại diện có quyền quyết định thay cho người xin bảo hiểm hoặc thành viên trong mọi vấn đề với MassHealth và Health Connector, đồng thời sẽ nhận được thông tin cá nhân về người xin bảo hiểm hoặc thành viên cho đến khi chúng tôi nhận được thông báo hủy bỏ việc chấm dứt quyền hạn của họ, hoặc khi người xin bảo hiểm hoặc thành viên qua đời. Quyền hạn của họ sẽ không tự động chấm dứt khi chúng tôi duyệt đơn xin bảo hiểm của quý vị.

Quý vị có thể chọn một người nào đó để giúp quý vị.

Quý vị có thể chọn một người để ủy quyền đại diện giúp quý vị xin bảo hiểm sức khỏe qua các chương trình do MassHealth và Health Connector cung cấp. Quý vị có thể thực hiện việc này bằng cách điền vào đơn này (Đơn Chỉ Định Người Đại Diện). Quý vị hoặc người đại diện có thể ký tên cho chính mình và cho bất kỳ trẻ em nào phụ thuộc vào quý vị dưới 18 tuổi mà quý vị là cha mẹ giám hộ. **Quý vị không bắt buộc phải có người đại diện để nộp đơn xin bảo hiểm hoặc nhận phúc lợi.**

Ai có thể giúp tôi?

1. Người được ủy quyền đại diện có thể là bạn bè, thành viên gia đình, họ hàng, hoặc cá nhân hoặc tổ chức khác mà quý vị chọn và họ đồng ý giúp. Quý vị có toàn quyền chọn một người được ủy quyền đại diện nếu quý vị muốn. Cả MassHealth và Health Connector sẽ không chọn người được ủy quyền đại diện cho quý vị. Quý vị phải chỉ định bằng văn bản (điền vào Mục I, Phần A) cá nhân hoặc tổ chức mà quý vị muốn trở thành người đại diện của quý vị. Người được ủy quyền đại diện của quý vị cũng phải điền vào Mục I, Phần B. Đôi khi, chúng tôi gọi người này hoặc tổ chức này là “Section I authorized representative”, có nghĩa là “Người được ủy quyền đại diện của Mục I”.
2. Nếu quý vị không thể chỉ định người được ủy quyền đại diện bằng văn bản và không có người đại diện hiện tại hoặc một người khác được pháp luật ủy quyền để thay mặt quý vị, một người (không phải một tổ chức) xác định họ có thể quyết định thay quý vị có thể trở thành đại diện của quý vị nếu họ chịu điền Mục II của đơn. Đôi khi chúng tôi gọi người này là “người đại diện được ủy quyền của Mục II”.
3. Người đại diện cũng có thể là người đã được pháp luật chỉ định để thay mặt quý vị, hoặc đại diện cho tài sản của người xin bảo hiểm hoặc thành viên đã qua đời. Người này phải điền vào Mục III và quý vị hoặc người này phải gửi cho chúng tôi, cùng với đơn này, một bản sao của tài liệu pháp lý hiện hành nêu rõ rằng người này có thẩm quyền đại diện cho quý vị hoặc tài sản của người nộp đơn hoặc thành viên đã qua đời. Đôi khi chúng tôi gọi người này là “người được ủy quyền đại diện của Mục III”.
4. Người được ủy quyền đại diện của **Mục III** có thể là người giám hộ hợp pháp, người bảo hộ, người được ủy quyền trên giấy tờ hoặc người được ủy quyền để chăm sóc sức khỏe, hoặc, trong trường hợp người nộp đơn hoặc thành viên đã qua đời, thì người đại diện cũng có thể là người quản lý tài sản cá nhân.

Người được ủy quyền đại diện có thể làm gì?

Một người được ủy quyền đại diện của **Mục I** hoặc **II** có thể

- điền vào đơn xin bảo hiểm hoặc các mẫu đơn gia hạn của quý vị;
- điền vào các mẫu đơn ghi danh hoặc đơn khác của MassHealth hoặc Health Connector về tính cách đủ điều kiện;
- cung cấp chứng từ về những thông tin mà quý vị khai trên các biểu mẫu này;
- thông báo những thay đổi về thu nhập, địa chỉ, hoặc các trường hợp khác;
- nhận bản sao của tất cả các thông báo về quá trình ghi danh và tính đủ điều kiện của quý vị trong MassHealth và Health Connector; và
- quyết định giúp quý vị trong mọi vấn đề khác với MassHealth và Health Connector.

Người được ủy quyền đại diện của **Mục III** được phép làm gì cho quý vị (hoặc với tài sản của một người nộp đơn ghi danh hoặc thành viên đã qua đời) sẽ tùy thuộc vào những gì nêu ra trên giấy ủy quyền pháp lý.

Xin lưu ý: Thông báo về tính đủ điều kiện có thể bao gồm thông tin về các thành viên khác trong hộ gia đình của người xin bảo hiểm hoặc thành viên. Nếu có nhiều người trong hộ gia đình của quý vị, chúng tôi không thể gửi bản sao của một số thông báo cho người đại diện của quý vị được trừ khi mỗi thành viên trong gia đình đều đã chỉ định cùng một người đại diện bằng cách điền vào Đơn Chỉ Định Người Đại Diện cho từng thành viên.

MỤC 1 Chỉ Định Người Đại Diện (nếu người nộp đơn hoặc thành viên có thể ký tên)

Phần A — do người nộp đơn hoặc thành viên điền. Vui lòng viết chữ in, ngoại trừ chữ ký.

Tên của người nộp đơn/Thành viên	Ngày sinh của người nộp đơn/thành viên (mm/dd/yyyy)
Số ID MassHealth _____ HOẶC LÀ bốn chữ số cuối của SSN của Người nộp đơn/Thành viên _____	
Địa chỉ email của người nộp đơn/thành viên	
Tôi xác nhận rằng tôi đã ủy quyền cho cá nhân hoặc tổ chức sau đây làm đại diện cho bản thân tôi và bất kỳ trẻ em nào phụ thuộc vào tôi dưới 18 tuổi mà tôi là cha mẹ giám hộ và tôi hiểu các nhiệm vụ và trách nhiệm mà cá nhân hoặc tổ chức này sẽ có (như đã giải thích ở phần trước trong đơn này).	
Chữ ký của người nộp đơn/Thành viên	Ngày
Tên người đại diện	Số điện thoại của người đại diện
Địa chỉ của người đại diện (địa chỉ gửi thư, thành phố, tiểu bang, mã bưu chính)	

Phần B — do người đại diện điền. Vui lòng viết chữ in, ngoại trừ chữ ký.

B1. ĐIỀN ĐƠN NÀY NẾU ĐẠI DIỆN LÀ MỘT CÁ NHÂN ĐƯỢC ỦY QUYỀN.

Tôi xác nhận rằng tôi sẽ luôn bảo mật bất kỳ thông tin nào được cung cấp cho tôi bởi MassHealth hoặc Health Connector liên quan đến người nộp đơn xin bảo hiểm hoặc thành viên được nêu ở trên và nếu cần thiết, thông tin của cả những đứa con phụ thuộc vào người nộp đơn hoặc thành viên đó.

Nếu tôi cũng là nhà cung cấp, nhân viên hoặc tình nguyện viên có liên quan đến một tổ chức nào đó, và tôi đang làm việc với tư cách là nhà cung cấp, nhân viên hoặc tình nguyện viên trong vai trò làm người được ủy quyền để đại diện, tôi xác nhận rằng tôi sẽ luôn tuân thủ tất cả các luật và quy định hiện hành của tiểu bang và liên bang về bảo mật thông tin và xung đột lợi ích bao gồm những yêu cầu được quy định tại 42 CFR phần 431, tiểu phần F, 42 CFR § 447.10 và 45 CFR § 155.260 (f).

Chữ ký của người đại diện	Ngày
Tên (xin viết chữ in) của người đại diện	Địa chỉ email của người đại diện

B2. HOÀN TẤT PHẦN SAU NẾU ĐẠI DIỆN LÀ MỘT TỔ CHỨC ĐƯỢC ỦY QUYỀN.

Tôi xác nhận rằng tôi sẽ luôn bảo mật bất kỳ thông tin nào được cung cấp cho tôi bởi MassHealth hoặc Health Connector liên quan đến người nộp đơn xin bảo hiểm hoặc thành viên được nêu ở trên và nếu cần thiết, thông tin của cả những đứa con phụ thuộc vào người nộp đơn hoặc thành viên đó.

Tôi, nhà cung cấp, nhân viên hoặc tình nguyện viên của tổ chức nêu dưới đây, hoàn tất đơn này, thay mặt cho bản thân tôi và cho tổ chức mà tôi đại diện xác nhận rằng bất kỳ nhà cung cấp, nhân viên hoặc tình nguyện viên nào đại diện cho tổ chức có liên quan đến việc chỉ định đại diện này sẽ luôn tuân thủ tất cả các luật và quy định hiện hành của tiểu bang và liên bang về bảo mật thông tin và xung đột lợi ích, bao gồm cả những quy định được quy định tại 42 CFR phần 431, tiểu phần F, 42 CFR § 447.10, và 45 CFR § 155.260 (f).

Chữ ký của nhà cung cấp, nhân viên, hoặc tình nguyện viên điền đơn này	Ngày
Xin viết chữ in tên của nhà cung cấp, nhân viên hoặc tình nguyện viên điền đơn này	
Email của nhà cung cấp, nhân viên hoặc tình nguyện viên điền đơn này	Tên tổ chức đại diện được ủy quyền

MỤC 2 **Chỉ Định Người Đại Diện** (nếu người nộp đơn hoặc thành viên không thể đưa ra chỉ định trên văn bản)

Dành cho người đại diện điền. Vui lòng viết chữ in, ngoại trừ chữ ký. Vui lòng điền từng đơn một cho từng người nộp đơn hoặc thành viên.

MỘT TỔ CHỨC KHÔNG HỘI ĐÚ ĐIỀU KIỆN ĐỂ TRỞ THÀNH ĐẠI DIỆN TRONG MỤC NÀY.

Tôi xác nhận rằng người nộp đơn hoặc thành viên được quy định dưới đây không thể chỉ định người đại diện bằng văn bản và theo hiểu biết tốt nhất của tôi thì không có cá nhân nào có thể hành động thay mặt cho họ, chẳng hạn như người đại diện, người giám hộ, người bảo hộ, đại diện cá nhân của tài sản, người có giấy ủy quyền, hoặc người được mời đến để đại diện cho việc chăm sóc sức khỏe. Ngoài ra, tôi xác nhận rằng tôi biết rõ về hoàn cảnh của người nộp đơn hoặc thành viên này để chịu trách nhiệm về tính chính xác của các tuyên bố được đưa ra về họ trong quá trình xét tính đủ điều kiện và trong các liên lạc khác với MassHealth hoặc Health Connector, rằng tôi hiểu mình có quyền và trách nhiệm với tư cách là người đại diện của người này (như đã giải thích trước đó trong đơn này). Nếu người này có thể hiểu được, tôi đã nói với họ rằng MassHealth và Health Connector sẽ gửi cho tôi một bản sao của tất cả các thông báo về ghi danh và các điều kiện tham gia của MassHealth và Health Connector và người này đồng ý với điều này, và tôi đã nói với người này rằng họ có thể loại bỏ hoặc thay thế tôi với tư cách là đại diện được ủy quyền của họ bất kỳ lúc nào bằng các phương pháp được mô tả trước đó trong đơn này.

Tôi xác nhận thêm rằng tôi sẽ luôn bảo mật bất kỳ thông tin nào liên quan đến người nộp đơn hoặc thành viên được MassHealth hoặc Health Connector cung cấp cho tôi dưới đây.

Nếu tôi cũng là nhà cung cấp, nhân viên hoặc tình nguyện viên có liên quan đến một tổ chức nào đó, và tôi đang làm việc với tư cách là nhà cung cấp, nhân viên hoặc tình nguyện viên trong vai trò làm người được ủy quyền để đại diện, tôi xác nhận rằng tôi sẽ luôn tuân thủ tất cả các luật và quy định hiện hành của tiểu bang và liên bang về bảo mật thông tin và xung đột lợi ích bao gồm những yêu cầu được quy định tại 42 CFR phần 431, tiểu phần F, 42 CFR § 447.10 và 45 CFR § 155.260 (f).

Tên của người nộp đơn/Thành viên	Ngày sinh của người nộp đơn/thành viên (mm/dd/yyyy)
Số ID MassHealth _____ HOẶC LÀ bốn chữ số cuối của SSN của Người nộp đơn/Thành viên _____	
Chữ ký của người đại diện	Ngày (mm/dd/yyyy)
Tên của người đại diện (tên, tên đệm, họ)	Số điện thoại của người đại diện
Địa chỉ người đại diện (địa chỉ gửi thư, thành phố, tiểu bang, mã bưu chính)	Địa chỉ email của người đại diện

Nếu người đại diện của Mục II có liên quan đến một tổ chức và đang hoạt động với tư cách đó, một cá nhân được ủy quyền thay mặt cho tổ chức, chẳng hạn như một viên chức, phải ký tên dưới đây để cho biết tổ chức thừa nhận và đồng ý với những người đại diện và đảm bảo được thực hiện ở trên.

Tên của viên chức	Chức vụ của Viên chức
Chữ ký của viên chức	Ngày (mm/dd/yyyy)

MỤC 3 Chỉ Định Người Đại Diện (nếu được pháp luật chỉ định)

Được điền bởi một đại diện có thẩm quyền do pháp luật chỉ định (có thẩm quyền thay mặt người nộp đơn hoặc một thành viên trong việc đưa ra các quyết định liên quan đến chăm sóc sức khỏe, bao gồm nhưng không giới hạn ở, người giám hộ, người bảo hộ, cá nhân đại diện cho tài sản của người nộp đơn hoặc thành viên, người nắm giữ giấy ủy quyền hoặc người được ủy quyền chăm sóc sức khỏe được mời.) Vui lòng viết chữ in, ngoại trừ chữ ký.

Vui lòng gửi bản sao của văn bản pháp lý hiện hành kèm theo đơn này.

Tôi xác nhận rằng tôi sẽ luôn bảo mật bất kỳ thông tin nào liên quan đến người nộp đơn hoặc thành viên nêu được MassHealth hoặc Health Connector cung cấp cho tôi dưới đây.

Tên của người nộp đơn/Thành viên	Ngày sinh của người nộp đơn/thành viên (mm/dd/yyyy)
Số ID MassHealth _____ HOẶC LÀ bốn chữ số cuối của SSN của Người nộp đơn/Thành viên _____	
Chữ ký của người đại diện	Ngày (mm/dd/yyyy)
Tên của người đại diện (tên, tên đệm, họ)	Số điện thoại của người đại diện
Địa chỉ người đại diện (địa chỉ gửi thư, thành phố, tiểu bang, mã bưu chính)	Địa chỉ email của người đại diện

Việc ủy quyền cho người đại diện được kết thúc như thế nào?

Nếu quý vị quyết định rằng quý vị không còn muốn có một người được ủy quyền đại diện của **Mục I** hoặc là **Mục II**, quý vị phải thông báo cho chúng tôi ngay thời điểm quý vị muốn kết thúc dịch vụ qua thư, fax hoặc điện thoại. Xem thông tin liên lạc của chúng tôi bên dưới. Nếu quý vị gửi thư hoặc fax thông báo này cho chúng tôi, thông báo phải bao gồm tên, địa chỉ và ngày sinh của quý vị, tên người đại diện của quý vị, và một văn bản nói rõ rằng việc ủy quyền đại diện đã kết thúc và chữ ký của quý vị, hoặc nếu quý vị không thể cung cấp thông báo bằng văn bản, chữ ký của ai đó thay mặt quý vị (chỉ dành cho một người được ủy quyền đại diện của **Mục II**).

Ngoài ra, nếu đại diện của quý vị thông báo cho chúng tôi rằng cá nhân hoặc tổ chức đó không còn thay mặt quý vị được nữa, chúng tôi sẽ không công nhận cá nhân hoặc tổ chức đó là đại diện đã ủy quyền của quý vị nữa.

Quyền hạn của một người được ủy quyền đại diện của **Mục I** hoặc là **Mục II** sẽ kết thúc khi người nộp đơn hoặc thành viên qua đời.

Sự ủy quyền cho một người được ủy quyền đại diện của **Mục III** kết thúc khi thời hạn hợp pháp của người đó kết thúc. Người đại diện phải thông báo cho chúng tôi theo hướng dẫn ở trên.

Ngoài ra, việc chỉ định một người đại diện cho một đứa trẻ vị thành niên kết thúc vào ngày sinh nhật thứ 18 của đứa trẻ.

Làm cách nào để tôi nộp đơn này?

Nếu quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp sức khỏe, hãy gửi Mẫu đơn Chỉ Định Người Đại Diện đã điền đầy đủ của quý vị cho chúng tôi cùng với hồ sơ ghi danh của quý vị.

Nếu quý vị đã nhận được phúc lợi, quý vị phải gửi đơn cho chúng tôi vào thời điểm quý vị muốn chỉ định một đại diện, hoặc quý vị muốn kết thúc chỉ định đã tuyên bố, bằng cách

- Gửi đơn của quý vị tới
Health Insurance Processing Center
P. O. Box 4405
Taunton, MA 02780;
- Fax đơn của quý vị tới **(857) 323-8300**; hoặc là
- Gọi cho chúng tôi theo số **(800) 841-2900**, TTY: (800) 497-4648 dành cho những người khiếm thính, lãng tai, hoặc có khuyết tật về nói.