

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 nộp đơn của mình bằng 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 trực tuyến nếu chưa có.
Nộp đơn trực tuyến có thể giúp quý vị nhận được bảo hiểm nhanh hơn là nộp 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 theo số **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711 hoặc (877) **MA ENROLL** ((877) **623-6765**).
- **Đi đến** MassHealth Enrollment Center (MEC) (Trung Tâm Ghi Danh MassHealth). Để nộp đơn trực tiếp hoặc đặt lịch hẹn với đại diện MassHealth, vui lòng vào trang mass.gov/masshealth/appointment. Xem **Cẩm Nang Thành Viên Nhận Trợ Giúp Về Bảo Hiểm Y Tế & Nha Khoa và 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 xem xét nhận 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 quý vị 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 SỬ DỤNG 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

- sống ở Massachusetts và cư trú trong cộng đồng, 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 cả cha lẫn mẹ đang ở cùng nhà.

Nếu đơn này không phù hợp cho quý vị, hãy gọi cho chúng tôi theo số (800) 841-2900. TDD/TTY: 711.

Đơn này có sẵn trong các tiếng khác. Vui lòng gọi số ở trên để xin đơn.

Nộp đơn kể cả khi quý vị hoặc con quý vị đã có bảo hiểm y tế, bao gồm bảo hiểm của MassHealth hoặc Health Connector. 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 Người Đại Diện Được Ủy Quyền** ở cuối đơn này.



NHỮNG GÌ QUÝ VỊ CÓ THỂ CẦN ĐỂ ĐĂNG KÝ

- Số an sinh xã hội (SSN). Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi SSN hoặc bằng chứng cho thấy bất kỳ ai có tên trong tờ đơn này cũng đã nộp đơn xin SSN. Có những trường hợp ngoại lệ cho những người sau đây.
 - Bất kỳ ai được miễn trừ tôn giáo như được mô tả trong luật liên bang,
 - Bất kỳ ai chỉ đủ điều kiện nhận SSN không làm việc; hoặc
 - Bất kỳ ai không đủ điều kiện nhận SSN.
- 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 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 kín và bảo mật tất cả thông tin quý vị cung cấp, 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 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 mass.gov/how-to/enroll-in-a-masshealth-health-plan-individuals-and-families-younger-than-65. 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**. TDD/TTY: 711.



HƯỚNG DẪN TỔNG QUÁT

- Vui lòng **viết rõ và trả lời tất cả đầy đủ các câu hỏi**. Có một số câu hỏi mà quý vị có thể được yêu cầu bỏ qua. 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 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 bị 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.
 - Bao gồm bất kỳ bằng chứng nào về thu nhập của hộ gia đình. Đây là cách nhanh nhất để nhận phúc lợi của quý vị.

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



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 23-25 và ký vào trang 26 để tiếp tục điền đơn.

Điều gì xảy ra sau khi quý vị nộp đơn xin trợ cấp SNAP?

- DTA sẽ sớm gọi cho quý vị để phỏng vấn qua điện thoại và kiểm tra xem quý vị có thể nhận được SNAP khẩn cấp trong vòng 7 ngày hay không.
- DTA sẽ làm việc với quý vị để xác minh thông tin về trường hợp của quý vị.
- Quý vị sẽ nhận được thẻ Chuyển Trợ Cấp Qua Mạng Điện Tử (EBT) để sử dụng các quyền lợi, nếu được chấp thuận.
- Quý vị sẽ nhận được thông báo về quyết định của mình trong vòng 30 ngày.

Nếu quý vị đang nộp đơn xin hoặc nhận các dịch vụ chăm sóc dài hạn tại nhà theo Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Gia và Cộng Đồng, hoặc nếu quý vị đang ở viện điều dưỡng hoặc bệnh viện mãn tính, vui lòng chọn chương trình đó. Chúng tôi sẽ cần thêm thông tin và sẽ liên lạc với quý vị để xử lý thêm

- Chăm sóc dài hạn và/hoặc
 Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Gia và Cộng Đồng

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

Chúng tôi cần một người trưởng thành 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 Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) ở cuối đơn này để tạo mối quan hệ là người thứ ba làm đại diện.

1. Tên, tên đệm, họ và tên hậu tố _____ 2. Ngày sinh _____

3. Địa chỉ email của quý vị là gì? _____
 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. Zip code _____ 9. Quận hạt _____

10. Địa chỉ gửi thư Đánh vào ô này nếu giống với địa chỉ nhà. _____ 11. Số chung cư hoặc số căn hộ _____

12. Thành phố _____ 13. Tiểu bang _____ 14. ZIP code _____ 15. Quận hạt _____

16. Số điện thoại _____ 17. Số điện thoại khác _____ 18. Số người được liệt kê trên đơn _____

19. Ngôn ngữ ưa chuộng của quý vị là gì, nếu không phải là tiếng Anh? Nói _____ Viết _____
Ngôn ngữ viết được ưu tiên có thể được dùng bởi MassHealth và Health Connector để liên lạc với quý vị. Nếu quý vị không trả lời, chúng tôi sẽ gửi thông báo bằng tiếng Anh.

20. Có ai trên đơn này đang ở tù hoặc trại giam không? Có Không
Xin hãy chọn **Không** nếu người này sẽ được thả ra 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? Có Không

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 đang 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.

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 Người Giúp Cố vấn viên điền đơn có chứng nhận

Tên, tên đệm, họ và tên hậu tố

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.

Ai nên được thêm vào 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 thêm vào

- 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 điền tên 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 tên người bạn đời này trên đơn
- Bất kỳ ai khác dưới 19 tuổi mà quý vị sống chung và chăm sóc

KHÔNG nên thêm vào

- 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 chúng sống với quý vị hoặc người bạn đời này có khai tên của chúng trên thuế thu nhập của họ
- Cha mẹ sống chung với quý vị nếu họ tự khai thuế và không khai quý vị là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của họ (nếu quý vị từ 19 tuổi trở lên)
- Những người họ hàng đã trưởng thành khác mà quý vị không khai là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của quý vị

BƯỚC 2 Người 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 đệm, họ và tên hậu tố

2. Mối quan hệ với quý vị

3. Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

BẢN THÂN

4. Giới tính của quý vị được chỉ định khi sinh là gì? Nam Nữ.

Đây thường là giới tính được liệt kê ban đầu trên giấy khai sinh của quý vị.

KHÔNG BẮT BUỘC: MassHealth cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc bình đẳng cho tất cả các thành viên bất kể chủng tộc, dân tộc, giới tính, khuynh hướng tính dục hoặc ngôn ngữ được sử dụng. Vui lòng hoàn thành các câu hỏi từ 5 đến 9 để giúp chúng tôi đáp ứng nhu cầu về ngôn ngữ và văn hóa của quý vị. Câu trả lời của quý vị là tự nguyện 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.

5. Điều nào mô tả đúng nhất về bản dạng giới hiện tại của quý vị?

Bản dạng giới là cách một người xác định và hiểu giới tính của họ như một người đàn ông, một người phụ nữ, phi nhị nguyên giới, không theo tiêu chuẩn giới, chuyển giới hoặc một dạng giới nào đó khác. Chọn tối đa năm mục.

Nam Nữ Chuyển giới nam Chuyển giới nữ

Giới tính queer/giới tính không thuộc nhóm nam hay nữ

Danh tính giới tính không được liệt kê Vui lòng nêu rõ _____ Không biết Chọn không trả lời

6. Điều nào sau đây mô tả khuynh hướng tình dục hiện tại của quý vị?

Xu hướng tính dục mô tả cách một người xác định sự hấp dẫn về thể chất và/hoặc cảm xúc của họ đối với người khác. Chọn tối đa năm mục.

- Thẳng hoặc dị tính Đồng tính nữ hoặc Đồng tính nam Song tính Queer, toàn tính, hoặc đang tìm hiểu bản thân
 Xu hướng tính dục không được liệt kê. Vui lòng nêu rõ _____ Không biết Chọn không trả lời

7. Quý vị có phải là người có gốc Latinh hoặc Tây Ban Nha không?

Người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh là một người có nguồn gốc Cuba, Mexico, Puerto Rico, Nam hoặc Trung Mỹ, hoặc có văn hóa hoặc nguồn gốc Tây Ban Nha khác bất kể chủng tộc.

- Có, người gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh Không, không phải người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh Không biết Chọn không trả lời

8. Chủng tộc (xem trang 27) _____

Chủng tộc đề cập đến sự tự nhận dạng của một người với một hoặc nhiều nhóm trong xã hội. Quý vị có thể khai thuộc nhiều chủng tộc.

9. Dân tộc (xem trang 27) _____

Dân tộc đề cập đến nền tảng, di sản, văn hóa, tổ tiên của quý vị hoặc quốc gia nơi quý vị hoặc gia đình của quý vị sinh ra.

10. 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 có số này đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế. Có những ngoại lệ đối với bất kỳ ai được miễn trừ tôn giáo như được mô tả trong luật liên bang, những người chỉ đủ điều kiện nhận SSN không làm việc hoặc những người không đủ điều kiện nhận SSN. Không bắt buộc phải có SSN đối với những ai không nộp đơn xin bảo hiểm y tế, nhưng cung cấp SSN cho chúng tôi thì có thể đẩy 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 ai đó cần trợ giúp để có được Số An sinh Xã hội, hãy gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778 hoặc truy cập socialsecurity.gov. Để biết thêm chi tiết về cách chúng tôi sử dụng số an sinh xã hội của quý vị, vui lòng xem Cẩm Nang Thành Viên Về Bảo Hiểm Y Tế Và Nha Khoa Và Trợ Giúp Trả Chi Phí.

Nếu **Có**, hãy cung cấp cho chúng tôi số này _____ - _____ - _____

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

- Trường hợp ngoại lệ về bệnh tật 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 đệm, họ và tên hậu tố

11. Nếu quý vị nhận được Advance Premium Tax Credit (APTC), quý vị có đồng ý khai thuế liên bang cho năm thuế mà khi 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 chọn "Có" cho câu hỏi 11 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-d. Nếu **Không**, chuyển đến câu hỏi d.

Những cá nhân phải khai thuế liên bang chung với vợ/chồng của họ trong năm có nộp đơn xin một số chương trình nhất định (ConnectorCare hoặc APTC) trừ khi họ là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc bị bỏ rơi 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 11a ("Quý vị đã kết hôn hợp pháp chưa?"). Cách mà một cá nhân có thể đủ điều kiện làm Chủ hộ gia đình là sống tách biệt với người phối ngẫu của họ 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 sẽ chỉ cần bao gồm bản thân họ và bất kỳ người phụ thuộc nào trong đơn xin này.

a. Quý vị hiện có kết hôn hợp pháp không? Có Không

Nếu **Không**, chuyển sang câu hỏi 11c.

Nếu **Có**, hãy liệt kê tên người phối ngẫu và ngày sinh. _____

b. Quý vị có dự định khai thuế liên bang chung với người phối ngẫu 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 và đăng ký bảo hiểm thông qua Massachusetts Health Connector và phí bảo hiểm của họ được trả toàn bộ hoặc một phần bằng các khoản trả trước. Liệt kê tên và ngày sinh của những người phụ thuộc. _____

BƯỚC 2 | Người 1 (tiếp theo)

d. Quý vị có được khai là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của người nào 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 quý vị là một đứa trẻ dưới 21 tuổi được một phụ huynh 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 có khai thuế chung không? Có Không

Nếu **Có**, hãy liệt kê tên người phối ngẫu và ngày 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 rơi không? Có Không

Không bắt buộc

Tôi đã nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang tới Sở Thuế vụ (IRS) cho ít nhất một năm trong hai năm qua khi tôi được nhận Advance Premium Tax Credit (APTC) để giảm các khoản thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình, kể cả khi tôi có được ghi danh vào ConnectorCare hay không. Tôi đã bao gồm các biểu mẫu thuế cho thấy các khoản tín dụng thuế mà tôi nhận được khi tôi khai thuế để IRS có thể tính toán số tiền Advance Premium Tax Credit mà tôi đủ điều kiện nhận dựa trên thu nhập cuối cùng của tôi trong năm. Có Không

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

12. 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 18 và 19, sau đó chuyển đến **Thông tin thu nhập**.

13. 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, có nguồn gốc hoặc được cấp quốc tịch (không sinh ra ở Hoa Kỳ) không? Có Không

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

14. Nếu quý vị là không phải công dân, quý vị có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? Có Không. Nếu **Không**, chuyển sang Câu hỏi 15.

Xem trang 27, "Tình trạng di trú 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 Plan (CMSP) hoặc Health Safety Net (HSN).

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

Nó sẽ 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 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 (tháng/ngày/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 Thường Trú Nhân (Alien number) _____

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

b. Quý vị có sử dụng cùng một tên khi xin tình trạng 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 đệm, họ và tên hậu tố _____

c. Quý vị có đến Hoa Kỳ 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 có phải là nạn nhân của nạn buôn người nghiêm trọng, người phối ngẫu, con cái, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của nạn nhân buôn người, một người phối ngẫu bị đánh đập, con cái hoặc cha mẹ của người phối ngẫu bị đánh đập?

15. 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

Tên và (các) ngày sinh của (các) đứa trẻ _____

BƯỚC 2 | Người 1 (tiếp theo)

16. Quý vị có đang sống ở Massachusetts và có ý nhập cư trú ở đây không, ngay cả khi quý vị không có địa chỉ cố định, hoặc quý vị 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.
17. Quý vị có bị thương tích, bệnh tật, hoặc khuyết tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần gây ra khuyết tật) 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
18. 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.
19. 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? _____
20. **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.)
21. **Không bắt buộc** Quý vị có bị nhiễm HIV không? Có Không (MassHealth có các quy chế bảo hiểm đặc biệt dành cho những người nhiễm HIV.)
22. Người này 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.)

23. Quý vị có thu nhập nào không? Có Không
Nếu quý vị không có bất kỳ thu nhập nào, hãy chuyển sang Câu hỏi 37.

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

24. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:** Tên và địa chỉ của công ty _____ Mã số thuế liên bang _____
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. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2:** Tên và địa chỉ của công ty _____ Mã số thuế liên bang _____
29. 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 _____
30. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____
31. 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
32. **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, quý vị 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? \$ _____ / tháng **lợi nhuận** hoặc \$ _____ / tháng **lỗ**?
c. Quý vị làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____

THU NHẬP KHÁC

33. Chọn tất cả các mục phù hợp. Cho biết số tiền cũng như tần suất quý vị nhận tiền. **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 \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Trợ cấp thất nghiệp \$ _____ Tần suất nhận? _____

BƯỚC 2 | Người 1 (tiếp theo)

- Tiền hưu trí hoặc lương hưu \$ _____ Tần suất nhận? _____ Nguồn _____
- Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Phúc lợi của cựu chiến binh phải đóng thuế \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Lương hưu trong quân đội phải đóng thuế \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Tiền phụ cấp đã nhận được \$ _____ Tần suất nhận? _____
Nếu quý vị đang nhận khoản tiền cấp dưỡng từ việc ly hôn, thỏa thuận ly thân hoặc lệnh tòa đã được hoàn tất trước ngày 1 tháng 1 năm 2019, hãy nhập số tiền của các khoản thanh toán đó tại đây. \$ _____
- Thu nhập phải đóng thuế khác \$ _____ Tần suất nhận? _____ Loại _____
- Tổng thu nhập từ tiền thuê nhà và tiền bản quyền: \$ _____ lãi hoặc \$ _____ lỗ Tần suất nhận? _____
- Lãi vốn: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc lỗ từ khoản lãi vốn này cho mỗi tháng?
\$ _____ lãi hoặc \$ _____ lỗ
- Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá: \$ _____ lãi hoặc \$ _____ lỗ Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____
- Tiền thắng xổ số và cờ bạc: \$ _____ Ngày có hiệu lực _____
Tần suất nhận? Chỉ một lần Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm
Giải thưởng không bằng tiền mặt không được tính là loại xổ số đủ điều kiện và tiền thắng cờ bạc. Không bao gồm bất kỳ khoản tiền thua nào trong số tiền đó.

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

34. Quý vị đã có hoặc sẽ nhận thu nhập là một khoản thanh toán được trả một lần duy nhất trong năm này không? Có Không
Ví dụ có thể bao gồm một khoản thanh toán lương hưu một lần.

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

35. Quý vị có nhận thu nhập là một khoản thanh toán được trả một lần duy nhất trong năm tiếp theo không? Có Không

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

KHẤU TRỪ

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

Nếu quý vị chi trả cho một số thứ có thể được khấu trừ khi khai thuế thu nhập liên bang, thì hãy báo cho chúng tôi biết vì quý vị có thể được giảm một chút chi phí bảo hiểm y tế. 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 Chính". Đối với mỗi khoản khấu trừ quý vị chọn, hãy cung cấp số tiền hàng năm. Quý vị có thể nhập vào số tiền khấu trừ tối đa được Sở Thuế vụ (IRS) cho phép.

- Chi phí cho nhà giáo dục: Số tiền hàng năm \$ _____
- Một số khoản phí tổn quân vụ của lính trừ bị, nghệ sĩ trình diễn, hoặc các viên chức chính phủ hưởng thù lao theo lệ phí: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ Tài khoản Tiết kiệm Y tế: Số tiền hàng năm \$ _____
- Chi phí chuyển chỗ ở cho các thành viên Quân Lực: Số tiền hàng năm \$ _____
- Phần khấu trừ của thuế tự kinh doanh: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản đóng góp cho SEP tự kinh doanh, SIMPLE, và các chương trình hội đủ điều kiện: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khấu trừ bảo hiểm sức khỏe cho người tự kinh doanh: 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 lãi suất 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

37. Tổng thu nhập dự kiến của quý vị trong năm nay là bao nhiêu?

38. 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 về quý vị. 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 đệm, họ và tên hậu tố

2. Mối quan hệ với Người thứ 1

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

3. Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

4. Giới tính khi sinh của người này là gì? Nam Nữ

Đây thường là giới tính được liệt kê ban đầu trên giấy khai sinh của họ.

KHÔNG BẮT BUỘC: Xem hướng dẫn cho các câu hỏi từ 5 đến 9 trong phần của Người thứ 1.

5. Điều nào mô tả đúng nhất về bản dạng giới hiện tại của người này? Chọn tối đa năm mục

Nam Nữ Chuyển giới nam Chuyển giới nữ

Giới tính queer/giới tính không theo tiêu chuẩn/phi nhị nguyên giới/không thuộc nhóm nam hay nữ

Danh tính giới tính không được liệt kê Vui lòng nêu rõ _____ Không biết Chọn không trả lời

6. Điều nào sau đây mô tả đúng nhất về khuynh hướng tính dục hiện tại của người này? Chọn tối đa năm mục.

Thẳng hoặc dị tính Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam Song tính Queer, toàn tính, hoặc đang tìm hiểu bản thân

Xu hướng tính dục không được liệt kê Vui lòng nêu rõ _____ Không biết Chọn không trả lời

7. Người này có phải là người có gốc Latinh hoặc Tây Ban Nha không?

Có, người gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh Không, không phải người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh Không biết Chọn không trả lời

8. Chủng tộc (xem trang 27)

9. Dân tộc (xem trang 27)

10. Người này 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 có số này đang nộp đơn 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 10 trong phần của Người thứ 1.

Nếu **Có**, hãy cung cấp cho chúng tôi số này _____ - _____ - _____

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

Trường hợp ngoại lệ về bệnh tật 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, chữ đệm, họ và tên hậu tố

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

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 11 trong phần của Người thứ 1.

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

a. Người này hiện có kết hôn hợp pháp không? Có Không

Nếu **Không**, chuyển sang câu hỏi 11c.

Nếu **Có**, hãy liệt kê tên người phối ngẫu và ngày sinh. _____

b. Người này có dự định khai thuế liên bang chung với người phối ngẫu 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 của họ được trả toàn bộ hoặc một phần bằng các khoản trả trước. Liệt kê tên và ngày sinh của những người phụ thuộc.

BƯỚC 2 | Người 2 (tiếp theo)

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

Nếu người này 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 một đứa trẻ dưới 21 tuổi được một phụ huynh 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 có khai thuế chung không? Có Không

Nếu **Có**, hãy liệt kê tên người phối ngẫu và ngày 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

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

Nếu **Có**, trả lời tất cả các câu hỏi bên dưới. Nếu **Không**, trả lời Câu hỏi 18 và 19, sau đó chuyển đến **Thông tin thu nhập**.

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

Nếu **Có**, người này có phải là công dân nhập tịch, có nguồn gốc hoặc được cấp quốc tịch (không sinh ra ở Hoa Kỳ) không? Có Không

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

14. Nếu người này không phải là công dân, họ có tình trạng di trú đủ điều kiện không? Có Không

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 14 trong phần của Người thứ 1.

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

Ngày được nhận quyền nhập cư (tháng/ngày/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 Thường Trú Nhân (Alien number) _____

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

- b. Người này có sử dụng cùng một tên trên đơn này như tên đã dùng khi xin tình trạng di trú không? Có Không

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

- c. Người này có đến Hoa Kỳ 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 có phải là nạn nhân của nạn buôn người nghiêm trọng, vợ/chồng, con cái, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của nạn nhân buôn người, một người vợ/chồng bị đánh đập, con cái hoặc cha mẹ của người vợ/chồng bị đánh đập?

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

Tên và ngày sinh của (các) đứa trẻ _____

16. Người này có đang sống ở Massachusetts và có ý định 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 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.

17. Người này có bị thương tích, bệnh tật, hoặc khuyết tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần gây ra khuyết tật) 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

18. Người này 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.

19. Người này có đang mang thai không? Có Không

Nếu **Có**, họ sắp sinh bao nhiêu em bé? _____ Ngày sinh dự kiến là khi nào? _____

BƯỚC 2 | Người 2 (tiếp theo)

20. **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.)
21. **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.)
22. 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.)

23. Người này có thu nhập gì không? Có Không
Nếu người này không có bất kỳ thu nhập nào, hãy chuyển sang Câu hỏi 37.

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

24. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:** Tên và địa chỉ của công ty _____ Mã số thuế liên bang _____
25. a. Tiền lương/tiền bo (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. 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. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2:** Tên và địa chỉ của công ty _____ Mã số thuế liên bang _____
29. a. Tiền lương/tiền bo (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 _____
30. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____
31. 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
32. **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? \$ _____ / tháng **lợi nhuận** hoặc \$ _____ / tháng **lỗ**?
- c. Người này làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____

THU NHẬP KHÁC

33. Đánh vào tất cả các ô phù hợp. Cho biết số tiền cũng như tần suất người này nhận tiền. **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 \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Trợ cấp thất nghiệp \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Tiền hưu trí hoặc lương hưu \$ _____ Tần suất nhận? _____ Nguồn _____
- Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Phúc lợi cựu chiến binh chịu thuế \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Lương hưu trong quân đội phải đóng thuế \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Tiền cấp dưỡng đã nhận được \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Nếu người này đang nhận khoản tiền cấp dưỡng từ việc ly hôn, thỏa thuận ly thân hoặc lệnh tòa đã được hoàn tất trước ngày 1 tháng 1 năm 2019, hãy nhập số tiền của các khoản thanh toán đó tại đây. \$ _____

BƯỚC 2 | Người 2 (tiếp theo)

- Thu nhập phải đóng thuế khác \$ _____ Tần suất nhận? _____ Loại _____
- Tổng thu nhập từ tiền thuê nhà và tiền bản quyền: \$ _____ lãi hoặc \$ _____ lỗ Tần suất nhận? _____
- Lãi vốn: Trung bình, người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc lỗ từ khoản lãi vốn này cho mỗi tháng?
\$ _____ lãi hoặc \$ _____ lỗ
- Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá: \$ _____ lãi hoặc \$ _____ lỗ Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____
- Tiền thắng xổ số và cờ bạc: \$ _____ Ngày có hiệu lực _____
Tần suất nhận? Chỉ một lần Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm
Giải thưởng không bằng tiền mặt không được tính là loại xổ số đủ điều kiện và tiền thắng cờ bạc. Không bao gồm bất kỳ khoản tiền thua nào trong số tiền đó.

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

34. Người này đã có hoặc sẽ nhận thu nhập là khoản thanh toán được trả một lần duy nhất trong năm này không? Có Không
Ví dụ có thể bao gồm một khoản thanh toán lương hưu một lần.
Nếu Có: Loại: _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____
35. Người này có nhận thu nhập là khoản thanh toán được trả một lần duy nhất trong năm tiếp theo không? Có Không
Nếu Có: Loại: _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

KHẤU TRỪ

36. Người này khai báo những khoản khấu trừ nào khi khai thuế thu nhập của mình?
- Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 36 trong phần của Người thứ 1.
- Chi phí cho nhà giáo dục: Số tiền hàng năm \$ _____
- Một số khoản phí tổn quân vụ của lính trừ bị, nghệ sĩ trình diễn, hoặc các viên chức chính phủ hưởng thù lao theo lệ phí: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ Tài khoản Tiết kiệm Y tế: Số tiền hàng năm \$ _____
- Chi phí chuyển chỗ ở cho các thành viên Quân Lực: Số tiền hàng năm \$ _____
- Phần khấu trừ của thuế tự kinh doanh: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản đóng góp cho SEP tự kinh doanh, SIMPLE, và các chương trình hội đủ điều kiện: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khấu trừ bảo hiểm sức khỏe cho người tự kinh doanh: 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 lãi suất 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

37. Tổng thu nhập dự kiến của người này cho năm hiện tại là bao nhiêu?
38. Tổng thu nhập dự kiến của người này 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 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 3

1. Tên, tên đệm, họ và tên hậu tố

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

Nếu **Không**, liệt kê địa chỉ.

3. Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

4. Giới tính khi sinh của người này là gì? Nam Nữ

Đây thường là giới tính được liệt kê ban đầu trên giấy khai sinh của họ.

KHÔNG BẮT BUỘC: Xem hướng dẫn cho các câu hỏi từ 5 đến 9 trong phần của Người thứ 1.

5. Điều nào mô tả đúng nhất về bản dạng giới hiện tại của người này? Chọn tối đa năm mục

- Nam Nữ Chuyển giới nam Chuyển giới nữ
 Giới tính queer/giới tính không theo tiêu chuẩn/phi nhị nguyên giới/không thuộc nhóm nam hay nữ
 Danh tính giới tính không được liệt kê Vui lòng nêu rõ _____ Không biết Chọn không trả lời

6. Điều nào sau đây mô tả đúng nhất về khuynh hướng tính dục hiện tại của người này? Chọn tối đa năm mục.

- Thẳng hoặc dị tính Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam Song tính Queer, toàn tính, hoặc đang tìm hiểu bản thân
 Xu hướng tính dục không được liệt kê Vui lòng nêu rõ _____ Không biết Chọn không trả lời

7. Người này có phải là người có gốc Latinh hoặc Tây Ban Nha không?

- Có, người gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh Không, không phải người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh Không biết Chọn không trả lời

8. Chủng tộc (xem trang 27)

9. Dân tộc (xem trang 27)

10. Người này 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 có số này đang nộp đơn 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 10 trong phần của Người thứ 1.

Nếu **Có**, hãy cung cấp cho chúng tôi số này _____ - _____ - _____

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

- Trường hợp ngoại lệ về bệnh tật 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, chữ đệm, họ và tên hậu tố

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

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 11 trong phần của Người thứ 1.

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

a. Người này hiện có kết hôn hợp pháp không? Có Không

Nếu **Không**, chuyển sang câu hỏi 11c.

Nếu **Có**, hãy liệt kê tên người phối ngẫu và ngày sinh. _____

b. Người này có dự định khai thuế liên bang chung với người phối ngẫu 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 của họ được trả toàn bộ hoặc một phần bằng các khoản trả trước. Liệt kê tên và ngày sinh của những người phụ thuộc.

BƯỚC 2 Người 3 (tiếp theo)

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

Nếu người này 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 một đứa trẻ dưới 21 tuổi được một phụ huynh 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 có khai thuế chung không? Có Không

Nếu **Có**, hãy liệt kê tên người phối ngẫu và ngày 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

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

Nếu **Có**, trả lời tất cả các câu hỏi bên dưới. Nếu **Không**, trả lời Câu hỏi 18 và 19, sau đó chuyển đến **Thông tin thu nhập**.

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

Nếu **Có**, người này có phải là công dân nhập tịch, có nguồn gốc hoặc được cấp quốc tịch (không sinh ra ở Hoa Kỳ) không? Có Không

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

14. Nếu người này không phải là công dân, họ có tình trạng di trú đủ điều kiện không? Có Không

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 14 trong phần của Người thứ 1.

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

Ngày được nhận quyền nhập cư (tháng/ngày/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 Thường Trú Nhân (Alien number) _____

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

- b. Người này có sử dụng cùng một tên trên đơn này như tên đã dùng khi xin tình trạng di trú không? Có Không

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

- c. Người này có đến Hoa Kỳ 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 có phải là nạn nhân của nạn buôn người nghiêm trọng, vợ/chồng, con cái, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của nạn nhân buôn người, một người vợ/chồng bị đánh đập, con cái hoặc cha mẹ của người vợ/chồng bị đánh đập?

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

Tên và ngày sinh của (các) đứa trẻ _____

16. Người này có đang sống ở Massachusetts và có ý định 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 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.

17. Người này có bị thương tích, bệnh tật, hoặc khuyết tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần gây ra khuyết tật) 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

18. Người này 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.

19. Người này có đang mang thai không? Có Không

Nếu **Có**, họ sắp sinh bao nhiêu em bé? _____ Ngày sinh dự kiến là khi nào? _____

BƯỚC 2 | Người 3 (tiếp theo)

20. **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.)
21. **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.)
22. 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.)

23. Người này có thu nhập gì không? Có Không
Nếu người này không có bất kỳ thu nhập nào, hãy chuyển sang Câu hỏi 37.

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

24. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:** Tên và địa chỉ của công ty _____ Mã số thuế liên bang _____
25. a. Tiền lương/tiền bo (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. 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. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2:** Tên và địa chỉ của công ty _____ Mã số thuế liên bang _____
29. a. Tiền lương/tiền bo (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 _____
30. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____
31. 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
32. **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 \$ _____/tháng **lãi** hoặc \$ _____/tháng **lỗ**?
- c. Người này làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____

THU NHẬP KHÁC

33. Đánh vào tất cả các ô phù hợp. Cho biết số tiền cũng như tần suất người này nhận tiền. **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 \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Trợ cấp thất nghiệp \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Tiền hưu trí hoặc lương hưu \$ _____ Tần suất nhận? _____ Nguồn _____
- Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Phúc lợi cựu chiến binh chịu thuế \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Lương hưu trong quân đội phải đóng thuế \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Tiền cấp dưỡng đã nhận được \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Nếu người này đang nhận khoản tiền cấp dưỡng từ việc ly hôn, thỏa thuận ly thân hoặc lệnh tòa đã được hoàn tất trước ngày 1 tháng 1 năm 2019, hãy nhập số tiền của các khoản thanh toán đó tại đây. \$ _____

BƯỚC 2 Người 3 (tiếp theo)

- Thu nhập phải đóng thuế khác \$ _____ Tần suất nhận? _____ Loại _____
- Tổng thu nhập từ tiền thuê nhà và tiền bản quyền: \$ _____ lãi hoặc \$ _____ lỗ Tần suất nhận? _____
- Lãi vốn: Trung bình, người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc lỗ từ khoản lãi vốn này cho mỗi tháng?
\$ _____ lãi hoặc \$ _____ lỗ
- Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá: \$ _____ lãi hoặc \$ _____ lỗ Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____
- Tiền thắng xổ số và cờ bạc: \$ _____ Ngày có hiệu lực _____
Tần suất nhận? Chỉ một lần Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm
Giải thưởng không bằng tiền mặt không được tính là loại xổ số đủ điều kiện và tiền thắng cờ bạc. Không bao gồm bất kỳ khoản tiền thua nào trong số tiền đó.

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

34. Người này đã có hoặc sẽ nhận thu nhập là khoản thanh toán được trả một lần duy nhất trong năm này không? Có Không
Ví dụ có thể bao gồm một khoản thanh toán lương hưu một lần.
Nếu Có: Loại: _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____
35. Người này có nhận thu nhập là khoản thanh toán được trả một lần duy nhất trong năm tiếp theo không? Có Không
Nếu Có: Loại: _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

KHẤU TRỪ

36. Người này khai báo những khoản khấu trừ nào khi khai thuế thu nhập của mình?
- Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 36 trong phần của Người thứ 1.
- Chi phí cho nhà giáo dục: Số tiền hàng năm \$ _____
- Một số khoản phí tổn quân vụ của lính trừ bị, nghệ sĩ trình diễn, hoặc các viên chức chính phủ hưởng thù lao theo lệ phí:
Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ Tài khoản Tiết kiệm Y tế: Số tiền hàng năm \$ _____
- Chi phí chuyển chỗ ở cho các thành viên Quân Lực: Số tiền hàng năm \$ _____
- Phần khấu trừ của thuế tự kinh doanh: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản đóng góp cho SEP tự kinh doanh, SIMPLE, và các chương trình hội đủ điều kiện: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khấu trừ bảo hiểm sức khỏe cho người tự kinh doanh: 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 lãi suất 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

37. Tổng thu nhập dự kiến của người này cho năm hiện tại là bao nhiêu?
38. Tổng thu nhập dự kiến của người này cho năm tới là bao nhiêu, nếu khác?

Xin cảm ơn! Đây là tất cả những gì chúng tôi cần biết về người này. Sang Bước 2 Người 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 có hơn 4 người, đây là Người ____)

Nếu quý vị phải bao gồm nhiều hơn bốn người trong đơn đăng ký này, hãy tải về hoặc tạo bản 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 quan hệ với nhau như thế nào với những người khác trong đơn.

1. Tên, tên đệm, họ và tên hậu tố

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 (tháng/ngày/năm)

4. Giới tính khi sinh của người này là gì? Nam Nữ.
 Đây thường là giới tính được liệt kê ban đầu trên giấy khai sinh của họ.

KHÔNG BẮT BUỘC: Xem hướng dẫn cho các câu hỏi từ 5 đến 9 trong phần của Người thứ 1.

5. Điều nào mô tả đúng nhất về bản dạng giới hiện tại của người này? Chọn tối đa năm mục

- Nam Nữ Chuyển giới nam Chuyển giới nữ
 Giới tính queer/giới tính không theo tiêu chuẩn/phi nhị nguyên giới/không thuộc nhóm nam hay nữ
 Danh tính giới tính không được liệt kê Vui lòng nêu rõ _____ Không biết Chọn không trả lời

6. Điều nào sau đây mô tả đúng nhất về khuynh hướng tính dục hiện tại của người này? Chọn tối đa năm mục.

- Thẳng hoặc dị tính Đồng tính nữ hoặc Đồng tính nam Song tính Queer, toàn tính, hoặc đang tìm hiểu bản thân
 Xu hướng tính dục không được liệt kê Vui lòng nêu rõ _____ Không biết Chọn không trả lời

7. Người này có phải là người có gốc Latinh hoặc Tây Ban Nha không?

- Có, người gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh Không, không phải người gốc Tây Ban Nha hoặc Latinh Không biết Chọn không trả lời

8. Chủng tộc (xem trang 27)

9. Dân tộc (xem trang 27)

10. Người này 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 có số này đang nộp đơn 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 10 trong phần của Người thứ 1.

Nếu **Có**, hãy cung cấp cho chúng tôi số này _____ - _____ - _____

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

- Trường hợp ngoại lệ về bệnh tật 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, chữ đệm, họ và tên hậu tố

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

Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 11 trong phần của Người thứ 1.

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

a. Người này hiện có kết hôn hợp pháp không? Có Không

Nếu **Không**, chuyển sang câu hỏi 11c.

Nếu **Có**, hãy liệt kê tên người phối ngẫu và ngày sinh. _____

b. Người này có dự định khai thuế liên bang chung với người phối ngẫu 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 của họ được trả toàn bộ hoặc một phần bằng các khoản trả trước. Liệt kê tên và ngày sinh của những người phụ thuộc.

BƯỚC 2 Người 4 (tiếp theo)

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

Nếu người này 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 một đứa trẻ dưới 21 tuổi được một phụ huynh 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 có khai thuế chung không? Có Không

Nếu **Có**, hãy liệt kê tên vợ/chồng và ngày 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

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

Nếu **Có**, trả lời tất cả các câu hỏi bên dưới. Nếu **Không**, trả lời Câu hỏi 18 và 19, sau đó chuyển đến **Thông tin thu nhập**.

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

Nếu **Có**, người này có phải là công dân nhập tịch, có nguồn gốc hoặc được cấp quốc tịch (không sinh ra ở Hoa Kỳ) không? Có Không

Số thường trú nhân (Alien number) _____ Số giấy chứng nhận nhập tịch hoặc quốc tịch _____

14. Nếu người này không phải là công dân, họ có tình trạng di trú đủ điều kiện không? Có Không

▶ Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 14 trong phần của Người thứ 1.

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

Ngày được nhận quyền nhập cư (tháng/ngày/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 thường trú nhân (Alien number) _____

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

- b. Người này có sử dụng cùng một tên trên đơn này như tên đã dùng khi xin tình trạng di trú không? Có Không

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

- c. Người này có đến Hoa Kỳ 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 có phải là nạn nhân của nạn buôn người nghiêm trọng, vợ/chồng, con cái, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của nạn nhân buôn người, một người vợ/chồng bị đánh đập, con cái hoặc cha mẹ của người vợ/chồng bị đánh đập?

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

Tên và ngày sinh của (các) đứa trẻ _____

16. Người này có đang sống ở Massachusetts không, và người này có ý định 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 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.

17. Người này có bị thương tích, bệnh tật, hoặc khuyết tật (bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần gây ra khuyết tật) 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

18. Người này 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.

19. Người này có đang mang thai không? Có Không

Nếu **Có**, họ sắp sinh bao nhiêu em bé? _____ Ngày sinh dự kiến là khi nào? _____

BƯỚC 2 Người 4 (tiếp theo)

20. **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.)
21. **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.)
22. 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.)

23. Người này có thu nhập gì không? Có Không
Nếu người này không có bất kỳ thu nhập nào, hãy chuyển sang Câu hỏi 37.

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

24. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:** Tên và địa chỉ của công ty _____ Mã số thuế liên bang _____
25. a. Tiền lương/tiền bo (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. 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. **CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2:** Tên và địa chỉ của công ty _____ Mã số thuế liên bang _____
29. a. Tiền lương/tiền bo (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 _____
30. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____
31. 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
32. **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? \$ _____ / tháng **lợi nhuận** hoặc \$ _____ / tháng **lỗ**?
- c. Người này làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____

THU NHẬP KHÁC

33. Đánh vào tất cả các ô phù hợp. Cho biết số tiền cũng như tần suất người này nhận tiền. **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 \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Trợ cấp thất nghiệp \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Tiền hưu trí hoặc lương hưu \$ _____ Tần suất nhận? _____ Nguồn _____
- Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Phúc lợi cựu chiến binh chịu thuế \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Lương hưu trong quân đội phải đóng thuế \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Tiền cấp dưỡng đã nhận được \$ _____ Tần suất nhận? _____
- Nếu người này đang nhận khoản tiền cấp dưỡng từ việc ly hôn, thỏa thuận ly thân hoặc lệnh tòa đã được hoàn tất trước ngày 1 tháng 1 năm 2019, hãy nhập số tiền của các khoản thanh toán đó tại đây. \$ _____

- Thu nhập phải đóng thuế khác \$ _____ Tần suất nhận? _____ Loại _____
- Tổng thu nhập từ tiền thuê nhà và tiền bản quyền: \$ _____ **lãi** hoặc \$ _____ **lỗ** Tần suất nhận? _____
- Lãi vốn: Trung bình, người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc lỗ từ khoản lãi vốn này cho mỗi tháng? \$ _____ **lãi** hoặc \$ _____ **lỗ**
- Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá: \$ _____ **lãi** hoặc \$ _____ **lỗ** Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____
- Tiền thắng xổ số và cờ bạc: \$ _____ Ngày có hiệu lực _____
Tần suất nhận? Chỉ một lần Hàng tuần Mỗi hai tuần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm
Giải thưởng không bằng tiền mặt không được tính là loại xổ số đủ điều kiện và tiền thắng cờ bạc. Không bao gồm bất kỳ khoản tiền thua nào trong số tiền đó.

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

34. Người này đã có hoặc sẽ nhận thu nhập là khoản thanh toán được trả một lần duy nhất trong năm này không? Có Không
Ví dụ có thể bao gồm một khoản thanh toán lương hưu một lần.
Nếu **Có**: Loại: _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____
35. Người này có nhận thu nhập là khoản thanh toán được trả một lần duy nhất trong năm tiếp theo không? Có Không
Nếu **Có**: Loại: _____ Số tiền \$ _____ Tháng nhận _____ Năm nhận _____

KHẤU TRỪ

36. Người này khai báo những khoản khấu trừ nào khi khai thuế thu nhập của mình?
 Xem hướng dẫn cho Câu hỏi 36 trong phần của Người thứ 1.
- Chi phí cho nhà giáo dục: Số tiền hàng năm \$ _____
- Một số khoản phí tổn quân vụ của lính trừ bị, nghệ sĩ trình diễn, hoặc các viên chức chính phủ hưởng thù lao theo lệ phí: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản khấu trừ Tài khoản Tiết kiệm Y tế: Số tiền hàng năm \$ _____
- Chi phí chuyển chỗ ở cho các thành viên Quân Lực: Số tiền hàng năm \$ _____
- Phần khấu trừ của thuế tự kinh doanh: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khoản đóng góp cho SEP tự kinh doanh, SIMPLE, và các chương trình hội đủ điều kiện: Số tiền hàng năm \$ _____
- Khấu trừ bảo hiểm sức khỏe cho người tự kinh doanh: 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 lãi suất 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

37. Tổng thu nhập dự kiến của người này cho năm hiện tại là bao nhiêu?
38. Tổng thu nhập dự kiến của người này 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).

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 bản địa Mỹ hoặc Alaska bản địa**.

BƯỚC 4 Các Hóa Đơn Y Tế Trước Đó

Quý vị hoặc bất kỳ người nào được liệt kê trong đơn này có hóa đơn cho dịch vụ y tế trong ba tháng trước khi gửi đơn này không?

Có Không

Nếu **Có**, MassHealth có thể thanh toán các hóa đơn này nếu quý vị đủ điều kiện trong khoảng thời gian yêu cầu. Quý vị có thể cần cung cấp cho MassHealth bằng chứng về thu nhập, số người trong gia đình, địa chỉ, tình trạng khuyết tật, mang thai hoặc bảo hiểm y tế trong khoảng thời gian được yêu cầu.

Vui lòng liệt kê bên dưới bất kỳ cá nhân nào yêu cầu thanh toán các hóa đơn y tế trước đó.

Tên	Ngày yêu cầu sớm nhất	Có bất kỳ thay đổi nào về hoàn cảnh trong thời gian này? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên	Ngày yêu cầu sớm nhất	Có bất kỳ thay đổi nào về hoàn cảnh trong thời gian này? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

BƯỚC 5 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. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin về quý vị và các thành viên trong hộ gia đình của quý vị với (các) chủ lao động và /hoặc (các) công ty bảo hiểm y tế của quý vị để xác nhận thông tin này. 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 không **được** bảo hiểm y tế từ việc làm nhưng **KHÔNG ĐĂNG KÝ** không? Có Không
Trả lời **Có**, ngay cả khi bảo hiểm này là từ một người khác, như vợ/chồng, ngay cả khi người này không sống trong hộ gia đình. Nếu **Có**, quý vị sẽ cần phải hoàn thành và đính kèm **Phần Bổ Sung A: Bảo Hiểm Y Tế Từ Việc Làm**, và phần còn lại của đơn này.

Tên của (những) người được bảo hiểm _____

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 kiểm tra loại bảo hiểm và viết tên của người bên cạnh bảo hiểm mà họ có.

Trả lời **Có**, ngay cả khi bảo hiểm này là từ một người khác, như vợ/chồng, ngay cả khi người này không sống trong 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 phúc lợi sức khỏe 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 _____

Số hợp đồng hoặc Mã số thành viên _____

- 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 Y Tế Từ Việc Làm**.

Tên công ty đang làm việc _____ Tên chương trình bảo hiểm _____

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 6 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

Tên của (các) cá nhân Ngày sinh

Tên Công Ty Đang Làm Việc

Mã Số 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 Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement (ICHRA) từ công ty đang làm việc của họ không? Có Không

Tên của (các) cá nhân Ngày sinh

Tên Công Ty Đang Làm Việc

Mã Số 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 Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement (ICHRA) từ công ty đang làm việc của họ không? Có Không

BƯỚC 7 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 cho bảo hiểm y tế do công ty đang làm tài trợ nếu bảo hiểm đó đáp ứng được các yêu cầu giúp trả phí bảo hiểm của MassHealth.
2. Công ty đang làm của những cá nhân đủ điều kiện có thể được thông báo và nhận hóa đơn theo quy định của MassHealth cho 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 y tế 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 bản địa Alaska, tôi có thể không phải trả phí bảo hiểm của 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 y tế 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 áp dụng quyền giữ tài sản thế chấp 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 cho 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 nhận dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS), 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 theo luật cho phép. Để biết thêm thông tin về việc truy thu tài sản để lại, hãy truy cập [mass.gov/EstateRecovery](https://www.mass.gov/EstateRecovery).
11. Trong phạm vi luật pháp cho phép, MassHealth sẽ truy thu tiền từ Quỹ Tín Thác Nhu Cầu Đặc Biệt thuộc về một cá nhân đủ điều kiện sau khi chết cho tổng chi phí chăm sóc. Tổng chi phí chăm sóc bao gồm chi phí mà MassHealth đã trả trực tiếp cho dịch vụ chăm sóc (Phí dịch vụ) và tổng số tiền mà MassHealth đã trả cho một chương trình bảo hiểm y tế (chẳng hạn như Tổ Chức Chăm Sóc Có Uy Tín hoặc chương trình One Care) cho dịch vụ chăm sóc, bất kể thành viên có thể đã nhận được những dịch vụ nào.
12. Những người đủ điều kiện phải thông báo cho (các) chương trình bảo hiểm y tế mà họ ghi danh về mọi thay đổi 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 di trú, hoặc những thay đổi về mọi thông tin khác trong đơn này và phần bổ sung trong vòng 10 ngày kể từ khi biết về sự thay đổi. Những người đủ điều kiện có thể thay đổi thông tin bằng cách gọi số **(800) 841-2900**, TDD/TTY: 711. Thay đổi thông tin có thể ảnh hưởng đến tình trạng 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 những cách sau đây.

- Đăng nhập vào tài khoản của quý vị tại MAhealthconnector.org. Quý vị có thể tạo một tài khoản trực tuyến nếu chưa có.
- Gửi thông tin muốn báo cáo đến **Health Insurance Processing Center**
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
- Gửi fax thông tin thay đổi đến **(857) 323-8300**.

13. 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 đang làm cũng như công ty đã làm trước đây và công ty bảo hiểm y tế của những cá nhân đủ điều kiện. MassHealth có thể chia sẻ thông tin về tôi và các thành viên trong hộ gia đình tôi với (các) chủ lao động và/hoặc công ty bảo hiểm y tế của tôi để có được thông tin này. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn, thông tin về các chính sách, phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm, khấu trừ và các phúc lợi được bảo hiểm trả mà những người đó hoặc thành viên trong hộ gia đình họ có thể có hoặc đúng ra phải có.

14. 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.
 15. 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 tờ đơn cho các cá nhân khác có tên trong đơn này, hoặc gửi thông tin đó cho chính những người này.
 16. 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 hhs.gov/ocr/complaints/index.html.
 17. 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 Advance Premium Tax Credit (APTC) hoặc ConnectorCare, những khoản chi trả này sẽ được trả trực tiếp cho (các) hãng bảo hiểm mà tôi đã chọn. Việc nhận APTC hoặc ConnectorCare có thể ảnh hưởng đến nghĩa vụ thuế hàng năm của tôi. Tôi sẽ được cung cấp lựa chọn để xin 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.
 18. Tôi đồng ý rằng MassHealth hoặc bất kỳ ai đại diện cho MassHealth có thể liên lạc với tôi bao gồm qua thư, email, cuộc gọi hoặc tin nhắn cho bất kỳ thông tin liên lạc nào về mối quan hệ của tôi với MassHealth hoặc nhu cầu y tế, lợi ích, tính đủ điều kiện hoặc phạm vi bảo hiểm của tôi bằng cách sử dụng thông tin liên lạc mà tôi cung cấp, bây giờ hoặc trong tương lai, hoặc thông tin chúng tôi nhận được từ nguồn dữ liệu đáng tin cậy. Các cuộc gọi và tin nhắn này có thể được thực hiện bằng công nghệ tự động, chẳng hạn như với hệ thống gọi số điện thoại tự động hoặc thư thoại nhân tạo hoặc ghi âm trước. Có thể bị tính phí tin nhắn hoặc dữ liệu. Tôi cũng đồng ý rằng MassHealth có thể nhận, sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của tôi cho mục đích điều phối các phúc lợi liên quan đến sức khỏe khác mà tôi có thể hội đủ điều kiện nhận.
 19. Tôi đã đọc, hoặc đã được đọc cho nghe, những thông tin trong đơn này, bao gồm mọi phần bổ sung và hướng dẫn. Tôi hiểu rằng Cẩm Nang Thành Viên chứa những thông tin quan trọng về đơn xin này.
 20. 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) để nộp đơn này. Tôi cũng được phép thay mặt họ để hoàn thành đơn xin này và mọi quy trình đủ điều kiện liên quan. Điều này có thể bao gồm, những điều sau.
 - Cung cấp thông tin cá nhân về họ, bao gồm thông tin sức khỏe, bảo hiểm y tế và thu nhập, xem những thông tin có thể được cung cấp bởi Massachusetts Health Connector, MassHealth và Health Safety Net, đồng thời thay mặt họ cho phép 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 liên lạc với Massachusetts Health Connector, MassHealth hoặc Health Safety Net;
 - Thay đổi đơn xin hoặc các tài liệu đủ điều kiện liên quan và cung cấp thông tin về mọi thay đổi nào trong hoàn cảnh của họ; và
 - Thay mặt họ cho phép sử dụng các nguồn tin của chính phủ và tư nhân để xác minh thông tin như được mô tả trong đơn này.
 21. 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 8.
 22. Tôi đã nói hoặc sẽ nói với bất kỳ ai được liệt kê trong đơn xin này (hoặc cha mẹ hoặc người đại diện được ủy quyền hợp pháp của họ, nếu có) về các quyền và trách nhiệm này để họ hiểu.
 23. Tôi hiểu và đồng ý rằng MassHealth, Health Safety Net và Massachusetts Health Connector sẽ xem bất kỳ chữ ký điện tử hoặc fax nào, hoặc bản sao của chữ ký, có hiệu lực tương tự như bản gốc.
 24. Tôi hiểu rằng MassHealth
 - được phép yêu cầu Số An sinh Xã hội theo luật liên bang và tiểu bang;
 - dùng Số An sinh Xã hội 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;
 - sử dụng Số An sinh Xã hội để phát hiện gian lận, để xem có ai nhận được phúc lợi trùng lặp hay không hoặc để xem liệu những người khác có phải trả tiền cho các dịch vụ hay không;
 - khớp Số An sinh Xã hội của bất kỳ ai trong hộ gia đình đang nộp đơn và bất kỳ ai có hoặc có thể nhận bảo hiểm y tế cho bất kỳ ai trong hộ gia đình với hồ sơ của các cơ quan và tổ chức tài chính.
 25. Tôi hiểu rằng nếu MassHealth trả một phần phí bảo hiểm y tế của những ai, MassHealth sẽ thêm Số An sinh Xã hội hoặc Số An sinh Xã hội của chủ hợp đồng đó vào hồ sơ nhà cung cấp của State Comptroller (Kiểm soát viên Tiểu bang).
 26. Tôi hiểu rằng chủ hợp đồng bảo hiểm trong hộ gia đình tôi phải có Số An sinh Xã hội hợp lệ trước khi nhận được khoản tiền từ MassHealth.
 27. 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.
 28. 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.
- Nếu ai đó không có Số An sinh Xã hội hoặc cần trợ giúp để có được Số An sinh Xã hội, hãy gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số (800) 772-1213, TTY: (800) 325-0778 hoặc truy cập socialsecurity.gov. Để được giải thích đầy đủ về cách chúng tôi sử dụng số an sinh xã hội của quý vị, vui lòng tham khảo Cẩm Nang Hội Viên về Bảo Hiểm Y Tế và Nha Khoa và Trợ Giúp Trả Chi Phí.

DÀNH CHO NGƯỜI XIN 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 hàng tháng; hoặc
- Thu nhập hàng tháng của quý vị phải dưới \$150 và tiền trong ngân hàng phải dưới \$100; hoặc
- Quý vị phải là công nhân thuộc diện di dân và quý vị 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 của chương trình SNAP.

Hãy đọc các trang này và giữ làm hồ sơ.

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 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 gian lận,
- trình bày sai hoặc che giấu sự thật để nhận trợ cấp DTA là gian lận,
- gian lận bị xem là cố tình 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. 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.
- Khi ký vào đơn này, tôi cho phép DTA xác minh tính đủ điều kiện để hưởng các phúc 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 báo cáo Equifax của mình miễn phí 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 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 của đơn của tôi, 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 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.
- Department of Housing and Community Development (Sở Gia cư và Phát triển Cộng đồng) để ghi danh tôi vào Chương trình Heat & Eat. Chương trình này giúp mọi người nhận được nhiều trợ cấp SNAP nhất có thể.
- Department of Early and Secondary Education (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 di trú 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 di trú, DTA sẽ không báo cáo quý vị với các cơ quan di trú trừ khi quý vị trình cho DTA lệnh trục xuất cuối cùng.

- Department of Revenue, DOR (Sở Doanh thu) 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 Income), và để xem liệu tôi có đủ điều kiện cho "Tình trạng Không đóng Thuế" hoặc tình trạng khó khăn không.
- Cơ Quan Thiểu Nhi 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 phúc 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 nào 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 liên lạc bằng ngôn ngữ khác không phải 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 Division of Hearings (Phòng Điều Trần) ít nhất một tuần trước ngày điều trần.

Quyền Ghi Danh Bầu Cử

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền ghi danh bầu cử thông qua DTA.
- DTA sẽ giúp tôi điền vào đơn ghi danh bầu cử nếu tôi muốn được giúp đỡ.
- Tôi có thể điền vào đơn ghi danh bầu cử một cách riêng tư.
- Khi nộp đơn ghi danh hoặc từ chối bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến các phúc 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 to 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 không.
 - Nếu tôi đủ điều kiện nhận SNAP cấp tốc (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 xin 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 cho 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 thứ 10 của tháng kế tiếp, ngay sau tháng mà thu nhập của tôi vượt quá mức ngưỡng.
 - Nếu tôi phải đáp ứng Quy định 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 đi làm, 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 hộ gia đình tôi nhận được tiền trợ cấp (TAFDC hoặc EAEDC), tôi phải báo cáo một số thay đổi cho DTA trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thay đổi.

Tôi có thể nhận được nhiều phúc lợi của SNAP nếu tôi báo cáo và cung cấp cho DTA bằng chứng về 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 điện nước;
- 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 định Việc làm nào, các trường hợp miễn trừ là gì và điều gì sẽ xảy ra nếu chúng tôi không đáp ứng các quy định. Nếu quý vị tuân theo Quy định Việc làm SNAP:

- Quý vị phải đăng ký làm việc khi nộp đơn và khi xác nhận lại SNAP. Quý vị đăng ký khi ký vào đơn xin SNAP hoặc mẫu đơn xin xác nhận lại.
- Quý vị phải cung cấp cho DTA thông tin về tình trạng việc làm của quý vị khi DTA yêu cầu.
- Báo cáo cho nhà tuyển dụng nếu được DTA giới thiệu.
- Quý vị phải chấp nhận việc làm (trừ khi có lý do chính đáng để không làm).

- Quý vị không được bỏ việc có thời gian làm hơn 30 giờ một tuần mà không có lý do chính đáng.
- Quý vị không được cắt giảm giờ làm việc của quý vị xuống dưới 30 giờ một tuần mà không có lý do chính đáng.

Các Quy định của SNAP

- Không được khai man hoặc che giấu thông tin để được nhận trợ cấp SNAP.
- Không giao dịch 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 của 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.
- Những người khai man về lý lịch hoặc nơi cư trú để được nhận nhiều khoản trợ cấp SNAP cùng một lúc sẽ không được nhận trợ cấp **mười năm**.
- Những người trao đổi (mua hay bán) trợ cấp SNAP để đổi hay mua chất kích thích bất hợp pháp/chất cấm, sẽ không được nhận SNAP trong **hai năm** sau khi bị phát hiện lần đầu, và **vĩnh viễn** sau lần vi phạm thứ hai.
- Những người trao đổi (mua hay bán) trợ cấp SNAP để đổi lấy vũ khí, đạn dược, hoặc chất nổ, sẽ không được hưởng trợ cấp SNAP **vĩnh viễn**.
- 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 cho tội:

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 Không Phân Biệt Đối Xử

Theo luật các quy định Liên bang và các quy định và chính sách về dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA), tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (bao gồm bản dạng giới và khuynh hướng tình dục), tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, độ tuổi, niềm tin chính trị hoặc sự trả thù hoặc sự trả đũa cho hoạt động dân quyền trước đây.

Thông tin chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Người khuyết tật cần các phương tiện liên lạc thay thế để có được thông tin về chương trình (ví dụ: Chữ nổi Braille, bản in khổ chữ lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ ký hiệu của Mỹ), nên liên lạc với cơ quan chính phủ (tiểu bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin phúc lợi. Những người bị điếc, khiếm thính hoặc có khuyết tật về ngôn ngữ có thể liên lạc với USDA thông qua Dịch vụ Tiếp âm Liên bang theo số (800) 877-8339.

Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử trong chương trình, Người khiếu nại nên hoàn thành mẫu đơn AD-3027, mẫu đơn Khiếu nại Phân biệt Đối xử trong Chương trình USDA, có thể lấy trực tuyến tại: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, từ bất kỳ văn phòng USDA nào, bằng cách gọi (833) 620-1071 hoặc bằng cách viết thư gửi đến USDA. Lá thư phải có tên, địa chỉ, số điện thoại của người khiếu nại và mô tả đầy đủ chi tiết bằng văn bản về hành động phân biệt đối xử bị cáo buộc để thông tin cho Trợ lý Thư ký về Dân Quyền (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) về tính chất và ngày vi phạm dân quyền bị cáo buộc. Mẫu đơn AD-3027 hoặc thư đã được điền đầy đủ phải được gửi qua:

1. thư bưu điện:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; hoặc
2. fax:
(833) 256 1665 hoặc (202)-690-7442; hoặc
3. email:
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

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

Ký vào 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 ở 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 **Biểu mẫu Chỉ định Đại diện được ủy quyền (ARD)** cho chúng tôi hoặc có biểu mẫu trong hồ sơ để chúng tôi xử lý đơn đăng ký này. Mẫu đơn ARD có sẵn ở cuối đơn xin này.

Chữ ký của Người 1 hoặc người đại diện 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 xin này. Vui lòng cung cấp thông tin của người đó bên dưới.

Tên	Tên đệm	Họ	Hậu tố
Số an sinh xã hội	Mối quan hệ với quý vị		Ngày sinh
Tên đường			Căn hộ/Căn hộ số:
Thành phố	Tiểu bang	Zip code	Quận
Điện thoại	Số máy lẻ	Loại điện thoại	
Điện thoại thứ hai	Số máy lẻ	Loại điện thoại	
Địa chỉ email			

BƯỚC 9 Gửi cho chúng tôi đơn đăng ký đã hoàn tất của quý vị.

Gửi đơn đăng ký đã ký tên 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 sec.state.ma.us. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin về cách đăng ký bầu cử tại 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**; TDD/TTY: 711.

Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký cử tri sẽ không ảnh hưởng đến số tiền hỗ trợ mà quý vị sẽ nhận được từ cơ quan này. 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 ghi danh 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:

Secretary of the Commonwealth, Elections Division **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 chưa 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 DI TRÚ VÀ CÁC LOẠI TÀI LIỆU

Câu hỏi 14a trong đơn đăng ký hỏi những người không phải công dân về tình trạng di trú của họ và về loại hoặc các loại giấy tờ nhập cư mà họ có để xác minh tình trạng di trú của họ. Vui lòng tham khảo danh sách sau để điền vào Câu hỏi 14a.

Nếu quý vị cần trợ giúp thêm, có thể tìm thông tin chi tiết trực tuyến tại MAhealthconnector.org/immigration-document-types.

Tình trạng Di trú Đủ điều kiện

Trong phần “Tình trạng Di trú” 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 từ Cuba/Haiti
- Hoãn trục 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 hoặc một số người Afghanistan di tản nhất định
- 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
- Người di cư COFA
- Thường trú nhân hợp pháp
- Được ân xá ít nhất một năm
- Vợ/chồng hoặc con cái (hoặc cha mẹ hoặc con cái của họ) bị bạo hành gia đình
- Tình trạng không định 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 việc làm 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 theo 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 trục xuất với giấy phép làm việc
- Người nộp đơn (trong ít nhất 180 ngày) dưới 14 tuổi xin tị nạn hoặc trì hoãn trục xuất
- Được cấp phép trì hoãn trục 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 giấy tờ nhưng không thuộc bất kỳ tình trạng 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 14a, 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 Lao Động (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)
- Hồ sơ xuất nhập cảnh trong hộ chiếu nước ngoài chưa hết hạn (I-94)
- Hộ chiếu nước ngoài chưa hết hạn
- Giấy chứng nhận đủ điều kiện cho tình trạng sinh viên không định cư (I-20)
- Giấy chứng nhận đủ điều kiện cho trạng thái khách trao đổi (J1) (DS2019)
- Thông báo Hành động (I-797)
- Văn bản cho thấy việc trì hoãn trục xuất (withholding of removal hoặc withholding of deportation)
- Lệnh hành chính lưu trú trục xuất do Bộ An ninh Nội địa ban hành
- Giấy tờ cho thấy là thành viên của một bộ tộc Da đỏ được liên bang công nhận hoặc là người Châu Mỹ Da Đỏ sinh ra ở Canada
- Thư đủ điều kiện của Văn phòng Tái định cư cho người tị nạn (ORR) (nếu dưới 18 tuổi)
- Thẻ cư dân Samoa thuộc Mỹ
- Biên nhận của USCIS (I-797C)
- Thị thực Hoa Kỳ (như B1/B2, R-Visa, Thẻ đi qua biên giới, J/F/M)

CHUNG TỘC (Không bắt buộc) Chọn các tùy chọn mô tả đúng nhất về quý vị. Điền tất cả những lựa chọn phù hợp.

Vui lòng ghi rõ vào Câu hỏi 8 và 9 ở trang 3, 7, 11 và 15.

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

Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi
Người Hawaii bản địa hoặc người đảo
Thái Bình Dương khác
Người da trắng

Chủng tộc không được liệt kê ở đây (Vui lòng ghi rõ)
Không biết
Chọn không trả lời

SẮC TỘC

Người Châu Phi, người Mỹ Gốc Phi, hoa Kỳ, người gốc Á – Ấn Độ, người Brazil, người Campuchia, người Cape Verdean, người đảo Caribbean, người Trung Mỹ, người Chicano/a, người Trung Quốc, người Colombia, người Cuba, người Dominica, người Đông Âu, người châu Âu, người Philippines, người Guamanian hoặc người Chamorro, người Guatemala, người Haiti, người Honduras, người Nhật, người Hàn Quốc, người Lào/Lào, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Trung Đông hoặc người Bắc Phi, người Châu Á khác, người Bồ Đào Nha, người Puerto Rico, người Nga, người Salvador, người Samoa, người Nam Mỹ, người Việt Nam, Sắc tộc không được liệt kê (vui lòng nêu rõ), Không biết, Chọn không trả lời.

PHẦN BỔ SUNG **A** Bảo hiểm Y tế từ Việc làm

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? Có 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 ghi danh tham gia bảo hiểm? (tháng/ngày/năm) _____

THÔNG TIN HÃNG SỞ

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------|
| 4. Tên hãng sở _____ | 5. Mã số thuế liên bang (nếu biết) _____ | |
| 6. Địa chỉ hãng sở _____ | 7. Số điện thoại của hãng sở _____ | |
| 8. Thành phố _____ | 9. Tiểu bang _____ | 10. ZIP code _____ |
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 BẢO HIỂM Y TẾ DO HÃNG SỞ NÀY CUNG CẤP.

14. a. Tên của chương trình bảo hiểm y tế có chi phí thấp nhất được cung cấp cho nhân viên là gì?* _____
b. Chương trình bảo hiểm y tế 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 sẽ trả phí bảo hiểm bao nhiêu cho chương trình này? \$ _____
d. Nhân viên sẽ trả số tiền này bao lâu một lần? _____
15. a. Tên của chương trình bảo hiểm y tế có chi phí thấp nhất để chi trả cho các thành viên khác trong gia đình đủ điều kiện thông qua hãng sở là gì? _____
b. Chương trình bảo hiểm y tế 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 sẽ trả phí bảo hiểm bao nhiêu cho chương trình này? \$ _____
d. Nhân viên sẽ trả số tiền này bao lâu một lần? _____
16. Hãng sở sẽ thực hiện thay đổi gì cho chương trình này trong năm mới (nếu biết)?
a. Hãng sở sẽ không cung cấp bảo hiểm y tế. Ngày kết thúc bảo hiểm (tháng/ngày/năm) _____
b. Người đó có kế hoạch bỏ bảo hiểm y tế của hãng sở. Ngày kết thúc bảo hiểm (tháng/ngày/năm) _____
c. Hãng sở sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm y tế cho nhân viên hoặc thay đổi phí bảo hiểm cho các chương trình bảo hiểm y tế hoặc gia đình có chi phí thấp nhất hiện có và đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.* (Phí bảo hiểm phải phản ánh mức giảm giá cho các chương trình bảo hiểm y tế.)
Nhân viên này sẽ trả phí bảo hiểm bao nhiêu cho chương trình này? \$ _____ Tần suất trả? _____
Ngày thay đổi (tháng/ngày/năm) _____

*Một chương trình bảo hiểm y tế do hãng sở tài trợ đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" nếu phần trách nhiệm chi trả cho tổng chi phí phức 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.)

PHẦN BỔ SUNG B Thành viên Hộ gia đình người Mỹ Bản địa hoặc người Bản địa Alaska (AI/AN)

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

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

Người Mỹ Bản địa hoặc người Bản địa Alaska 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 hàng 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 1

- Tên (tên, tên đệm, họ)

- Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận?
 Có Không
Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc

- Thành viên của một bộ lạc được Massachusetts công nhận?
 Có Không
Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc

- 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
- 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 xin của quý vị bao gồm tiền từ những nguồn sau đây
 - 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)
 - Tiền từ việc bán những thứ có ý nghĩa văn hóa quan trọng
\$ _____ Tần suất nhận? _____

AI/AN NGƯỜI 2

- Tên (tên, tên đệm, họ)

- Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận?
 Có Không
Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc

- Thành viên của một bộ lạc được Massachusetts công nhận?
 Có Không
Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc

- 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
- 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 xin của quý vị bao gồm tiền từ những nguồn sau đây
 - 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)
 - 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 18 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: _____
- Điếc—Tên: _____
- Khuyết tật phát triển—Tên: _____
- Thính giác kém—Tên: _____
- Khuyết tật về trí tuệ—Tên: _____
- Thị lực kém—Tên: _____
- Khuyết tật về thể chất—Tên: _____
- Khác (Vui lòng giải thích.)—Tên: _____

2. Hỗ trợ

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

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 (tháng/ngày/năm)
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 (tháng/ngày/năm)
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 (tháng/ngày/năm)
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 (tháng/ngày/năm)
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 HỢP ĐỦ 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 (tháng/ngày/năm)
Số ID MassHealth _____ HOẶC LÀ bốn chữ số cuối của SSN của Người nộp đơn/Thành viên _____	
Chữ ký của người đại diện	Ngày (tháng/ngày/năm)
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 (tháng/ngày/năm)

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 (tháng/ngày/năm)
Số ID MassHealth _____ HOẶC LÀ bốn chữ số cuối của SSN của Người nộp đơn/Thành viên _____	
Chữ ký của người đại diện	Ngày (tháng/ngày/năm)
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 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
PO 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**, TDD/TTY: **711**.