

Đơn Xin Bảo Hiểm Y Tế Và Nha Khoa Của Massachusetts Và Trợ Giúp Trả Chi Phí— Bổ Sung Thêm Người



Người liên lạc chính từ Bước 1

BƯỚC 2 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 lót, và họ		
2. Mỗi quan hệ với Người 1	Mối quan hệ với Người 2	Mối quan hệ với Người 3
Mối quan hệ với Người 4	Mối quan hệ với Người 5	Mối quan hệ với Người 6
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 - 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	9. Dân tộc
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.

- 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 họ. 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. Người này có phải là Thường trú nhân hợp pháp (LPR hoặc người có thẻ xanh), người nhập cư Cuba-Haitian (CHE) hay người di cư thuộc Hiệp hội tự do (COFA) không? ☐ Có ☐ Không, không chắc hoặc không muốn trả lời

- b. 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 _____

Số ID tài liệu _____ Số Thường Trú Nhân (Alien number) _____

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

- c. 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 _____

- d. Người này có đến Hoa Kỳ sau ngày 22 tháng 8 năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không

- e. 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

- f. **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 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.

16. 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 _____

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? _____
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. \$ _____
- ☐ 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. Để có thêm bản sao của mẫu đơn này, ACA-3-AP, hãy vào trang www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member. Đơn Xin Bảo Hiểm Y Tế Và Nha Khoa Của Massachusetts Và Trợ Giúp Trả Chi Phí—Bổ Sung Thêm Người

Gửi đơn đăng ký đã điền đầy đủ đến **Health Insurance Processing Center**
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

hoặc Fax đến số (857) 323-8300