



Đơn Chọn Chăm Sóc Cuối Đời MassHealth

Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời phải gửi Đơn Chọn Chăm Sóc Cuối Đời MassHealth trên mạng thông qua cổng thông tin Nhà cung cấp Dịch vụ Hỗ trợ Dài hạn và Hỗ trợ (LTSS) MassHealth, hoặc bằng cách gửi đơn giấy này đến Đơn vị Chăm sóc cuối đời MassHealth cho các thành viên MassHealth có thu phí dịch vụ (FFS) và các thành viên MassHealth đã ghi danh vào Chương Trình Y Sĩ Chăm Sóc Chính (PCC Plan) hoặc Chương trình ACO Chăm Sóc Chính trong các trường hợp sau:

- Một thành viên MassHealth, bao gồm một thành viên đủ điều kiện kép chọn các dịch vụ chăm sóc cuối đời, thu hồi các dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của họ; hoặc
- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời rút tên một thành viên khỏi các dịch vụ chăm sóc cuối đời.

QUAN TRỌNG: MassHealth không trả cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời trừ khi Đơn Chọn Chăm Sóc Cuối Đời MassHealth đã được điền đầy đủ và MassHealth không trả cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời được cung cấp trước ngày có hiệu lực trên đơn. Ngày có hiệu lực đối với các dịch vụ chăm sóc cuối đời không được sớm hơn ngày mà thành viên hoặc người đại diện của thành viên ký vào đơn.

CHÚ Ý

- Đối với các thành viên MassHealth ghi danh vào Chương Trình Chăm Sóc Có Điều Quản hoặc Chương Trình Chăm Sóc Tổng Hợp (gọi chung là “Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế”), nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời phải phối hợp với thành viên MassHealth và Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế của thành viên để thành viên lựa chọn phúc lợi chăm sóc cuối đời của MassHealth. Khi gửi nộp đơn này cho một thành viên đã ghi vào Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế có thể vô tình làm cho thành viên đó bị rút khỏi Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế.
- Tất cả các thành viên MassHealth cũng có bảo hiểm Medicare (“thành viên hội đủ điều kiện kép”) phải đồng thời chọn và thu hồi các phúc lợi về chăm sóc cuối đời của MassHealth và Medicare. Đối với các thành viên hội đủ điều kiện kép đã ghi danh Chương Trình Chăm Sóc Tổng Hợp (One Care, PACE hoặc SCO), nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời phải phối hợp với thành viên MassHealth và chương trình bảo hiểm của thành viên để thành viên lựa chọn phúc lợi chăm sóc cuối đời MassHealth và Medicare.

Hướng dẫn điền đơn (CHỈ điền phần chữ ký trong phần có liên quan đến lựa chọn của quý vị.)

Dành cho thành viên lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời

- Hoàn thành Phần A, B, C và D.

Dành cho các thành viên thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời

- Hoàn thành Phần A, B, C và E.
- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời mới được chỉ định có trách nhiệm hoàn thành phần này.

Dành cho các thành viên thu hồi lựa chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời của họ

- Hoàn thành Phần A, B, C và F.

Dành cho thành viên bỏ ghi danh hoặc bị hủy ghi danh

- Hoàn thành Phần A, B, C và G.

Dành cho các cá nhân muốn đủ điều kiện xin MassHealth

- Hoàn thành Phần A, B, C và H.
- Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời phải gửi đơn lựa chọn chăm sóc cuối đời này cho MassHealth khi MassHealth chấp thuận loại bảo hiểm của thành viên bao gồm các dịch vụ chăm sóc cuối đời.

Hướng dẫn nộp đơn xin

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời có thể gửi đơn này trên mạng thông qua Cổng thông tin Nhà cung cấp Dịch vụ Hỗ trợ Dài hạn và Hỗ trợ (LTSS) MassHealth tại: www.masshealthltss.com.

Ngoài ra, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời có thể gửi đơn đã điền đầy đủ thông tin

Fax: (855) 656-3381 hoặc Thư:

MassHealth LTSS-Hospice Enrollment Unit
PO Box 159108
Boston, MA 02215

Liên lạc với Nhà cung cấp Dịch vụ Hỗ trợ Dài hạn và Hỗ trợ LTSS MassHealth theo số (844) 368-5184 nếu quý vị có thắc mắc về đơn này.

Phần A: Thông tin nhà cung cấp (Bắt buộc)

Số nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của MassHealth	Số điện thoại chăm sóc cuối đời	Số NPI của Nhà cung cấp
Tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời	Địa chỉ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời	
Tên Cơ sở Điều dưỡng (nếu có)	Số NPI của Cơ sở Điều dưỡng (nếu có)	
Địa chỉ của Cơ sở Điều dưỡng (nếu có)		

Phần B: Thông tin Thành viên (Bắt buộc)

Mã Số Thành Viên MassHealth	
Tên thành viên (họ, tên, viết tắt tên đệm)	Số điện thoại thành viên
Địa chỉ thành viên (số và đường phố, số căn hộ, thành phố, tiểu bang, mã ZIP)	

Ngày sinh của thành viên

____/____/____

Bệnh nhi (dưới 21 tuổi)

☐ Có ☐ Không

! Ngày có hiệu lực của chương trình chăm sóc cuối đời của MassHealth không được sớm hơn ngày mà thành viên hoặc người đại diện của thành viên ký vào đơn lựa chọn.

Ngày nhập viện chăm sóc cuối đời	Ngày Dịch vụ Chăm sóc Cuối đời của MassHealth có hiệu lực	Mã chẩn đoán chăm sóc cuối đời (ICD-10)
Tên Bác sĩ Điều trị (nếu có)	Số điện thoại của Bác sĩ Điều trị (nếu có)	

Phần C: Thông tin về MassHealth, Medicare và Bảo hiểm khác (Bắt buộc)

Thành viên đã ghi danh với MassHealth tại thời điểm nhập viện chăm sóc cuối đời ☐ Có ☐ Không

Nếu không, hãy xem Phần H: Các cá nhân muốn đủ điều kiện nhận MassHealth

Thành viên cũng có Medicare ☐ Có ☐ Không	Ngày Lựa chọn Chăm sóc cuối đời của Medicare (nếu có)
Nếu có, Mã ID Thành Viên Hưởng Medicare	

Thông tin về bảo hiểm khác

Thành viên có bảo hiểm của một chương trình bảo hiểm khác với phúc lợi chăm sóc cuối đời (nếu biết) ☐ Có ☐ Không

Tên công ty bảo hiểm (nếu có)	Số Hợp đồng bảo hiểm (nếu có)

Phần D: Tuyên Bố Lựa Chọn (nếu có)

- a) Tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích đầy đủ và hiểu mục đích của dịch vụ chăm sóc cuối đời. Chăm sóc cuối đời nhằm giảm đau và các triệu chứng khác liên quan đến bệnh tật giai đoạn cuối của tôi và các tình trạng liên quan, và không nhằm mục đích chữa bệnh. Trọng tâm của chăm sóc cuối đời là cung cấp sự an ủi và hỗ trợ cho cả tôi và gia đình/người chăm sóc của tôi.
- b) Tôi đồng ý nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc cuối đời từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời có tên dưới đây. Tôi hiểu rằng trừ khi tôi ký vào đơn để ngừng các dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời, tôi phải tiếp tục nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc cuối đời từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời có tên dưới đây.

- c) Đối với các thành viên từ 21 tuổi trở lên: Tôi hiểu rằng bằng cách chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời theo phúc lợi chăm sóc cuối đời MassHealth, tôi từ bỏ tất cả các quyền đối với phúc lợi MassHealth cho bất kỳ dịch vụ MassHealth nào liên quan đến việc điều trị bệnh giai đoạn cuối của tôi và các điều kiện liên quan (không bao gồm phòng và ăn uống trong cơ sở điều dưỡng). Tôi hiểu rằng trong khi lựa chọn này có hiệu lực, MassHealth sẽ trả cho dịch vụ chăm sóc liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của tôi và các điều kiện liên quan chỉ dành cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời đã chỉ định và bác sĩ điều trị mà tôi đã chọn.
- d) Tôi hiểu rằng các dịch vụ không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của tôi hoặc các điều kiện liên quan sẽ tiếp tục đủ điều kiện nhận bảo hiểm của MassHealth.
- e) Tôi hiểu rằng nếu tôi có cả MassHealth và Medicare, tôi phải chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời MassHealth và quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare cùng một lúc.

Tôi thừa nhận và hiểu những điều trên, và chọn nhận các dịch vụ chăm sóc cuối đời của MassHealth từ

_____ để bắt đầu vào _____
(Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời) (Ngày lựa chọn có hiệu lực)

! Quan trọng: Ngày có hiệu lực của lựa chọn không được sớm hơn ngày thành viên hoặc đại diện của thành viên ký vào đơn này.

Lưu ý: Các thành viên MassHealth dưới 21 tuổi chọn các dịch vụ chăm sóc cuối đời không từ bỏ quyền nhận bảo hiểm MassHealth cho các dịch vụ liên quan đến việc điều trị bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan.

Chữ Ký của ☐ Thành Viên MassHealth ☐ Người Giám Hộ Hợp Pháp/Người Đại Diện Được Ủy Quyền _____ / _____ / _____
Ngày Ký tên

Quý vị có thể ký vào mẫu đơn rồi quét trên máy scan, hoặc có thể ký vào đơn điện tử bằng công cụ ký tên số hóa, như là DocuSign hoặc Adobe Sign. Đối với chữ ký điện tử, người ký có thể tải lên hình chụp chữ ký bằng bút. Chúng tôi không chấp nhận chữ ký đánh bằng máy.

Tên của Người giám hộ hợp pháp/Người đại diện được ủy quyền (nếu có)	Mối quan hệ của Người giám hộ hợp pháp/Người đại diện với Thành viên
--	--

Phần E: Thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời (nếu có)

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của MassHealth mới chỉ định	Số nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của MassHealth mới chỉ định
Số nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời NPI của MassHealth mới chỉ định 	
Tên thành viên (họ, tên, viết tắt tên đệm)	Ngày sinh của thành viên ____ / ____ / ____
Mã Số Thành Viên MassHealth 	Tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời
Ngày có hiệu lực khi xuất viện chăm sóc cuối đời từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời trước đó ____ / ____ / ____	
Ngày có hiệu lực khi chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời mới chỉ định ____ / ____ / ____	Lưu ý: Ngày chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời mới có hiệu lực có thể không trùng với ngày xuất viện từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời trước đó.

☐ Tôi muốn chuyển sang một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời khác.

Chữ Ký của ☐ Thành Viên MassHealth ☐ Người Giám Hộ Hợp Pháp/Người Đại Diện Được Ủy Quyền _____ / _____ / _____
Ngày Ký tên

Quý vị có thể ký vào mẫu đơn rồi quét trên máy scan, hoặc có thể ký vào đơn điện tử bằng công cụ ký tên số hóa, như là DocuSign hoặc Adobe Sign. Đối với chữ ký điện tử, người ký có thể tải lên hình chụp chữ ký bằng bút. Chúng tôi không chấp nhận chữ ký đánh bằng máy.

Tên của Người giám hộ hợp pháp/Người đại diện được ủy quyền (nếu có)	Mối quan hệ của Người giám hộ hợp pháp/Người đại diện với thành viên
--	--

Phần F: Thu Hối Lựa chọn Chăm Sóc Cuối Đời (nếu có)

Số nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của MassHealth 	Số NPI của Nhà cung cấp 	
Tên thành viên (họ, tên, viết tắt tên đệm) 	Ngày sinh của thành viên ____ / ____ / ____	
Mã Số Thành Viên MassHealth 	Ngày thu hồi lựa chọn có hiệu lực ____ / ____ / ____	
Thành viên cũng có Medicare ☐ Có ☐ Không		
Nếu có, việc thu hồi lựa chọn chăm sóc cuối đời của Medicare có hiệu lực vào ngày ____ / ____ / ____		

Tôi chọn thu hồi phúc lợi chăm sóc cuối đời của MassHealth và xác nhận những điều sau đây.

- a) Tôi sẽ không còn nhận các dịch vụ chăm sóc cuối đời của MassHealth nữa trừ khi tôi thực hiện đơn lựa chọn mới. Tôi có thể thực hiện đơn lựa chọn mới bất cứ lúc nào, miễn là tôi đủ điều kiện nhận các dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- b) Khi thu hồi lựa chọn về phúc lợi chăm sóc cuối đời của MassHealth, tôi không từ bỏ quyền nhận các dịch vụ khác của MassHealth.

Ngoài xác nhận trên, tôi hiểu rằng nếu tôi có cả MassHealth và Medicare, tôi phải thu hồi phúc lợi chăm sóc cuối đời của MassHealth và phúc lợi chăm sóc cuối đời của Medicare cùng một lúc.

Chữ Ký của ☐ Thành Viên MassHealth ☐ Người Giám Hộ Hợp Pháp/Người Đại Diện Được Ủy Quyền _____ Ngày Ký tên _____

Quý vị có thể ký vào mẫu đơn rồi quét trên máy scan, hoặc có thể ký vào đơn điện tử bằng công cụ ký tên số hóa, như là DocuSign hoặc Adobe Sign. Đối với chữ ký điện tử, người ký có thể tải lên hình chụp chữ ký bằng bút. Chúng tôi không chấp nhận chữ ký đánh bằng máy.

Tên của Người giám hộ hợp pháp/Người đại diện được ủy quyền (nếu có)	Mối quan hệ của Người giám hộ hợp pháp/Người đại diện với thành viên
--	--

Phần G: Hủy ghi danh dịch vụ chăm sóc cuối đời (nếu có)

Số nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời của MassHealth 	Số NPI của Nhà cung cấp 	
Tên thành viên (họ, tên, viết tắt tên đệm) 	Ngày sinh của thành viên ____ / ____ / ____	
Mã Số Thành Viên MassHealth 	Ngày hủy ghi có hiệu lực ____ / ____ / ____	

Lý do xuất viện (Vui lòng đánh dấu vào một trong các ô sau)

- ☐ Thành viên không còn bị bệnh nan y nữa. (Tình trạng sức khỏe của thành viên được cải thiện và chẩn đoán sáu tháng trước đã thay đổi.)
- ☐ Thành viên đã chọn nhận dịch vụ chăm sóc tại một cơ sở nội trú mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời không có hợp đồng.
- ☐ Thành viên được ghi danh vào một chương trình chăm sóc có điều quản và sẽ quản lý các nhu cầu chăm sóc y tế của thành viên. (Xem đoạn Chú ý trên trang 1 của đơn lựa chọn để hiểu rõ thêm.)
- ☐ Thành viên chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời.
- ☐ Xuất viện có nguyên nhân theo mục 42 CFR 418.26 (a)(3) vì hành vi của bệnh nhân (hoặc của những người khác trong nhà của bệnh nhân) gây rối, lạm dụng hoặc không hợp tác trong phạm vi làm ảnh hưởng nghiêm trọng việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cho bệnh nhân hoặc khả năng hoạt động hiệu quả của nhà cung cấp dịch vụ cuối đời. Khi đánh dấu vào ô này, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời xác nhận rằng:
- a) Đã thông báo cho bệnh nhân rằng việc xuất viện có nguyên nhân đang được xem xét.
- b) Có sự cố gắng đáng kể để giải quyết (các) vấn đề do hành vi hoặc tình huống của bệnh nhân gây ra;
- c) Xác định rằng việc xuất viện theo đề xuất của bệnh nhân không phải do bệnh nhân sử dụng các dịch vụ chăm sóc cuối đời cần thiết; và

d) Ghi lại (các) vấn đề và những cố gắng đã làm để giải quyết (các) vấn đề và nhập tài liệu này vào hồ sơ y tế.

☐ Khác (giải thích chi tiết)

Chữ ký của nhân viên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời điền đơn

_____/_____/_____
Ngày ký tên

Quý vị có thể ký vào mẫu đơn rồi quét trên máy scan, hoặc có thể ký vào đơn điện tử bằng công cụ ký tên số hóa, như là DocuSign hoặc Adobe Sign. Đối với chữ ký điện tử, người ký có thể tải lên hình chụp chữ ký bằng bút. Chúng tôi không chấp nhận chữ ký đánh bằng máy.

Viết bằng chữ in tên của nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời điền đơn

Phần H: Các cá nhân muốn đủ điều kiện xin MassHealth (nếu có)

Phần này phải được điền, nếu có, cho hai tình huống sau. Khi điền phần này cho phép MassHealth bảo trả cho các dịch vụ chăm sóc cuối đời của một cá nhân bắt đầu không sớm hơn ngày ký tên của người đó hoặc người đại diện của người đó dưới đây và phù hợp với ngày có hiệu lực bảo hiểm MassHealth của người đó.

Cá nhân đáp ứng các yêu cầu dưới đây tại thời điểm nhập viện chăm sóc cuối đời ☐ Có ☐ Không

1. Cá nhân chứng thực rằng họ hoặc người đại diện hợp pháp của họ đã nộp Đơn Xin Bảo Hiểm Sức Khỏe và Nha Khoa Massachusetts và Trợ Giúp Trả Chi Phí (ACA-3) hoặc Đơn Xin Bảo Hiểm Sức Khỏe cho Người Cao Niên và Người Cần Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn (SACA-2) đang chờ hội đủ điều kiện MassHealth. Ngày nộp đơn cho MassHealth (nếu biết)

_____/_____/_____

Hoặc

2. Cá nhân hiện không ghi danh MassHealth nhưng có thể xin bảo hiểm MassHealth vào một ngày trong tương lai.

Nếu có, vui lòng xem lại tuyên bố lựa chọn sau đây với cá nhân và/hoặc đại diện của cá nhân đó.

Tuyên bố lựa chọn

- a) Tôi xác nhận rằng tôi đã được giải thích đầy đủ và hiểu mục đích của dịch vụ chăm sóc cuối đời. Chăm sóc cuối đời nhằm giảm đau và các triệu chứng khác liên quan đến bệnh tật giai đoạn cuối của tôi và các tình trạng liên quan, và không nhằm mục đích chữa bệnh. Trọng tâm của chăm sóc cuối đời là cung cấp sự an ủi và hỗ trợ cho cả tôi và gia đình/người chăm sóc của tôi.
- b) Tôi xác nhận rằng nếu tôi ghi danh tham gia bảo hiểm MassHealth bao gồm các dịch vụ chăm sóc cuối đời, tôi đồng ý nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc cuối đời từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời có tên dưới đây. Tôi hiểu rằng trừ khi tôi ký vào đơn để ngừng các dịch vụ chăm sóc cuối đời hoặc thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời, tôi phải tiếp tục nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc cuối đời từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời có tên dưới đây.
- c) Đối với các cá nhân từ 21 tuổi trở lên: Tôi xác nhận rằng nếu tôi ghi danh vào một loại bảo hiểm MassHealth bao gồm các dịch vụ chăm sóc cuối đời, tôi hiểu rằng bằng cách chọn dịch vụ chăm sóc cuối đời theo phúc lợi chăm sóc cuối đời MassHealth, tôi từ bỏ tất cả các phúc lợi của MassHealth đối với bất kỳ dịch vụ MassHealth nào liên quan đến việc điều trị bệnh giai đoạn cuối của tôi và các điều kiện liên quan (không bao gồm phòng và thức ăn trong cơ sở điều dưỡng). Tôi hiểu rằng trong khi lựa chọn này có hiệu lực, MassHealth sẽ trả cho dịch vụ chăm sóc liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của tôi và các điều kiện liên quan chỉ dành cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời đã chỉ định và bác sĩ điều trị mà tôi đã chọn.
- d) Tôi hiểu rằng nếu tôi ghi danh vào một loại bảo hiểm MassHealth bao gồm các dịch vụ chăm sóc cuối đời, các dịch vụ không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của tôi hoặc các bệnh liên quan sẽ tiếp tục đủ điều kiện nhận bảo hiểm của MassHealth.
- e) Tôi hiểu rằng nếu tôi ghi danh vào một loại bảo hiểm MassHealth bao gồm các dịch vụ chăm sóc cuối đời và tôi có Medicare, tôi phải chọn quyền lợi chăm sóc cuối đời MassHealth và quyền lợi chăm sóc cuối đời Medicare cùng một lúc.

Tôi xác nhận và hiểu những điều trên, và nếu tôi ghi danh vào một loại bảo hiểm MassHealth bao gồm các dịch vụ chăm sóc cuối đời, tôi chọn nhận các dịch vụ chăm sóc cuối đời MassHealth từ

để bắt đầu vào

(Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời)

(Ngày lựa chọn có hiệu lực)

! Quan trọng: Ngày có hiệu lực của lựa chọn không được sớm hơn ngày cá nhân hoặc đại diện của cá nhân ký vào đơn này.

Lưu ý: Các thành viên MassHealth dưới 21 tuổi chọn các dịch vụ chăm sóc cuối đời không từ bỏ quyền nhận bảo hiểm MassHealth cho các dịch vụ liên quan đến việc điều trị bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng liên quan.

Chữ ký của ☐ Người ☐ Giám hộ hợp pháp của cá nhân/Người đại diện được ủy quyền

____ / ____ / ____
Ngày ký tên

Quý vị có thể ký vào mẫu đơn rồi quét trên máy scan, hoặc có thể ký vào đơn điện tử bằng công cụ ký tên số hóa, như là DocuSign hoặc Adobe Sign. Đối với chữ ký điện tử, người ký có thể tải lên hình chụp chữ ký bằng bút. Chúng tôi không chấp nhận chữ ký đánh bằng máy.

Tên của Người giám hộ hợp pháp/Người đại diện được ủy quyền (nếu có)	Mối quan hệ của Người giám hộ hợp pháp/Người đại diện với cá nhân
--	---