Gia hạn để được hỗ trợ chi phí Medicare
Chương Trình Tiết Kiệm Medicare

Đơn xin gia hạn này là để xem liệu quý vị có còn đủ điều kiện nhận trợ giúp trả phí bảo hiểm Medicare Phần B, phí bảo hiểm Medicare Phần A hoặc các khoản đồng trả hoặc khấu trừ Phần A hoặc B không.

Những gì có thể được bảo hiểm trả sẽ phụ thuộc vào thu nhập và tài sản của quý vị và người vợ/chồng của quý vị (nếu quý vị đã kết hôn).

Nếu quý vị vẫn đủ điều kiện tham gia Chương trình Tiết kiệm Medicare, quý vị cũng sẽ được ghi danh vào Trợ giúp Bổ sung Medicare Phần D. Trợ giúp thêm có thể giúp quý vị trả chi phí thuốc theo toa.

Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP) là một chương trình liên bang giúp quý vị mua thực phẩm mỗi tháng. Nếu quý vị quan tâm, hãy đánh dấu vào ô trên trang 1 của đơn xin, đọc các quyền và trách nhiệm của SNAP trên trang 4 đến 7 và ký tên trên trang 3. Đơn xin của quý vị sẽ tự động gửi đến Sở Trợ Cấp Chuyển Tiếp (DTA). Quý vị không cần phải nộp đơn xin Chương trình SNAP để được xem xét cho Chương trình Tiết kiệm Medicare.

Điều gì sẽ xảy ra sau khi DTA nhận được đơn của quý vị?

- DTA sẽ sớm gọi điện cho quý vị để thực hiện buổi phỏng vấn qua điện thoại và xem quý vị có đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP khẩn cấp trong vòng 7 ngày hay không.
- DTA sẽ phối hợp với quý vị để xác minh các thông tin liên quan đến hồ sơ của quý vị.
- Nếu được chấp thuận, quý vị sẽ nhận được thẻ Chuyển Phúc Lợi Điện Tử (EBT) để truy cập quyền lợi.
- Quý vị sẽ nhận được thông báo về quyết định trong vòng 30 ngày.

Tôi có thể có bao nhiêu tài sản?

Không có giới hạn về tài sản các Chương Trình Tiết Kiệm Medicare ở tiểu bang Massachusetts.

Tôi có thể có bao nhiêu thu nhập?

Giới hạn thu nhập thay đổi mỗi năm vào ngày 1 tháng 3.

Có một số khoản khấu trừ nhất định mà MassHealth có thể trừ vào tổng thu nhập của quý vị khi chúng tôi tính toán thu nhập được tính của quý vị. Các khoản khấu trừ này được mô tả trong mục 130 CMR 520.012 đến 520.014.

Quý vị có thể tìm thấy thông tin cập nhật về giới hạn thu nhập tại www.mass.gov/service-details/program-financial-guidelines-for-certain-masshealth-applicants-and-members.

Quy trình gia hạn

Sau khi quý vị nộp đơn xin gia hạn, MassHealth sẽ gửi thông báo cho quý vị nếu phúc lợi hiện tại của quý vị thay đổi hoặc nếu chúng tôi cần thêm thông tin. Nếu quý vị cho rằng quyết định đó sai, quý vị có quyền khiếu nại. Thông tin về cách khiếu nại sẽ có ở mặt sau của thông báo bằng văn bản.

Cách chúng tôi sử dụng số An sinh Xã hội của quý vị

Trừ khi quý vị có một trong những trường hợp ngoại lệ được liệt kê dưới đây, quý vị phải cung cấp cho chúng tôi số An sinh Xã hội (SSN), hoặc bằng chứng cho thấy đã xin số An sinh Xã hội cho mỗi thành viên trong gia đình đang nộp đơn xin.

Ngoại lệ

Quý vị không cần phải cung cấp cho chúng tôi SSN hoặc bằng chứng đã xin số An sinh Xã hội nếu quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị

- được miễn trừ tôn giáo như được mô tả trong luật liên bang,
- chỉ đủ điều kiện nhận SSN không làm việc, hoặc
- không đủ điều kiện nhận SSN.

Chúng tôi sử dụng SSN của quý vị để kiểm tra thông tin quý vị đã cung cấp cho chúng tôi. Chúng tôi cũng sử dụng chúng để phát hiện gian lận, để xem có ai nhận được phúc lợi trùng lặp không hoặc để xem liệu những người khác (bên thứ ba) có nên trả tiền cho các dịch vụ không.

Chúng tôi có thể đối chiếu số SSN của bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị đang nộp đơn xin và bất kỳ ai có

hoặc có thể nhận bảo hiểm y tế cho bất kỳ người nào như vậy, với hồ sơ của các cơ quan, bao gồm những điều sau đây:

- Internal Revenue Service (Sở Thuế vụ)
- Social Security Administration (Cơ quan An sinh Xã hội)
- Systematic Alien Verification for Entitlements (Hệ thống Xác minh Quyền lợi của Người Nước Ngoài)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid)
- Registry of Motor Vehicles (Cơ Quan Quản Lý Các Phương Tiện Cơ Giới)
- Department of Revenue, DOR (Sở Doanh thu)
- Department of Transitional Assistance (Sở Trợ Cấp Chuyển Tiếp)
- Department of Industrial Accidents (Sở Tai nạn Lao động)
- Department of Unemployment Assistance (Sở Trợ cấp Thất Nghiệp)
- Department of Veterans' Services, Human Resources Division (Sở Dịch vụ Cựu chiến binh, Phòng Nhân sự)
- Bureau of Special Investigations (Cục Điều tra Đặc biệt)
- Department of Public Health, Registry of Vital Records and Statistics (Sở Y tế Công cộng, Cơ quan Đăng ký Hồ sơ Quan trọng và Thống kê)
- ngân hàng
- các tổ chức tài chính khác

Hồ sơ cũng có thể được đối chiếu với các cơ quan dịch vụ xã hội ở tiểu bang này và các tiểu bang khác, cũng như các tệp máy tính của các công ty bảo hiểm, chủ lao động và các tổ chức chăm sóc có điều quản. Ngoài ra, MassHealth có thể lấy hồ sơ tài chính của quý vị (và, nếu có, hồ sơ của các thành viên trong hộ gia đình quý vị) từ các ngân hàng và các tổ chức tài chính khác để xác minh nguồn tài chính của quý vị và xác định tính đủ điều kiện của quý vị trong khi quý vị là thành viên MassHealth.

Làm thế nào để tôi gia hạn tính đủ điều kiện nhận Chương trình Tiết kiệm Medicare?

1. Để gia hạn tính đủ điều kiện của quý vị nhận Chương trình Tiết kiệm Medicare, hãy điền vào đơn xin gia hạn đính kèm. Bao gồm cả thông tin về vợ/chồng của quý vị, nếu họ sống cùng quý vị.
2. Ký vào đơn đã điền và

   Gửi trực tuyến tại:

   mhesubmission.ehs.mass.gov/esb

   (điền và tải đơn lên với số tham chiếu nộp đơn điện tử của quý vị)

   Gửi đến: MassHealth Enrollment Center
   POBox 4405
   Taunton, MA 02780-0968

   Fax đến: (857) 323-8300

   Giao tận tay đến:
   MassHealth Enrollment Center
   The Schrafft Center
   529 Main St., Suite 1M
   Charlestown, MA 02120

   Hoặc quý vị cũng có thể bỏ đơn đã điền vào trong thùng thư tại một MassHealth Enrollment Center (Trung Tâm Đăng Ký MassHealth) ở Charlestown, Quincy, Taunton, Tewksbury, hoặc Springfield.

3. Khi chúng tôi nhận được đơn xin gia hạn, chúng tôi sẽ xem xét đơn đó. Nếu cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ viết thư hoặc gọi cho quý vị. Khi nhận được tất cả thông tin cần thiết, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có còn đủ điều kiện không. Chúng tôi cũng sẽ quyết định xem vợ/chồng của quý vị có đủ điều kiện không, nếu họ đang nộp đơn.
4. Đơn ghi danh bầu cử được đính kèm trong đơn xin của quý vị. Quý vị không cần phải ghi danh bầu cử để nhận Chương Trình Tiết Kiệm Medicare.
5. Nếu quý vị muốn ai đó quyết định thay quý vị với tư cách là người đại diện được ủy quyền, hãy sử dụng Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) đính kèm để cho chúng tôi biết.

Xin lưu ý rằng đơn xin này chỉ dành cho Chương trình Tiết kiệm Medicare. Nếu quý vị muốn xin tất cả các chương trình MassHealth (bao gồm trợ giúp trả chi phí Medicare) qua một đơn xin duy nhất, hãy liên lạc với MassHealth theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 nếu quý vị bị điếc hoặc khiếm thính hoặc bị khuyết tật về ngôn ngữ, để yêu cầu đơnxin đầy đủ hoặc tải xuống đơn thích hợp tại www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member.

Quyền riêng tư và bảo mật thông tin

MassHealth cam kết bảo mật thông tin cá nhân của quý vị. Tất cả thông tin cá nhân mà chúng tôi có về bất kỳ người nộp đơn hoặc thành viên nào, bao gồm dữ liệu y tế, tình trạng sức khỏe và thông tin cá nhân quý vị cung cấp cho chúng tôi trong quá trình nộp đơn và nhận phúc lợi, đều được bảo mật. Thông tin này không được sử dụng hoặc tiết lộ cho các mục đích không liên quan đến việc quản lý MassHealth mà không có sự cho phép của quý vị trừ khi luật pháp hoặc có lệnh của tòa án yêu cầu.

Quý vị có thể cho phép chúng tôi sử dụng thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị cho một mục đích cụ thể hoặc chia sẻ thông tin đó với một cá nhân hoặc tổ chức cụ thể. Quý vị cũng có thể cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị với người đại diện được ủy quyền, Cố Vấn Có Chứng Nhận về Đơn Ghi Danh (CAC) hoặc Người điều hướng, nếu có. Quý vị có thể cho phép bằng cách điền vào ARD, đơn Chỉ định Cố vấn Có Chứng nhận về Đơn Ghi danh hoặc đơn Chỉ định Người Điều hướng.

Cho Phép Chia Sẻ Thông Tin

Nếu quý vị muốn chúng tôi chia sẻ thông tin sức khỏe cá nhân của quý vị, bao gồm việc gửi bản sao thông báo đủ điều kiện của quý vị, với người không phải là đại diện được ủy quyền của quý vị, quý vị có thể cho phép chúng tôi bằng thư.

Để tìm hiểu thêm về cách MassHealth có thể sử dụng thông tin của quý vị, quyền của quý vị là gì và cách quý vị có thể cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin, hãy xem các mẫu đơn Cho phép Chia sẻ Thông tin và Thông báo về Cách Sử dụng Thông tin Riêng tư của MassHealth trong phần đơn Quan trọng,
bên dưới.

Đại diện được ủy quyền

Người đại diện được ủy quyền là người quý vị chọn để giúp quý vị nhận bảo hiểm y tế thông qua các chương trình do MassHealth cung cấp. Quý vị có thể chọn người đại diện bằng cách điền vào mẫu đơn ARD. Người đại diện được ủy quyền có thể điền vào đơn xin hoặc đơn đánh giá tính đủ điều kiện của quý vị; cung cấp bằng chứng về thông tin được cung cấp trên bất kỳ đơn nào; báo cáo những thay đổi về thu nhập, địa chỉ hoặc các trường hợp khác về quý vị; nhận bản sao của tất cả các thông báo đủ điều kiện MassHealth gửi cho quý vị; và thay mặt quý vị quyết định trong tất cả các vấn đề với MassHealth.

Người đại diện được ủy quyền có thể là bạn bè, thành viên gia đình hoặc người khác hoặc tổ chức khác mà quý vị chọn để giúp quý vị. Quý vị có toàn quyền chọn một người đại diện được ủy quyền, nếu quý vị muốn. MassHealth sẽ không chọn đại diện được ủy quyền cho quý vị.

Quý vị phải chỉ định trên mẫu đơn ARD cho người hoặc tổ chức mà quý vị muốn đại diện quý vị. Mẫu đơn này được bao gồm trong tập tài liệu nộp đơn xin. Trong hầu hết các trường hợp, người đại diện được ủy quyền của quý vị cũng phải điền vào đơn này. Vui lòng xem hướng dẫn trên đơn để biết thêm chi tiết.

Người đại diện được ủy quyền cũng có thể là người quyết định có trách nhiệm thay mặt quý vị nếu quý vị không thể chỉ định người đại diện được ủy quyền bằng văn bản vì tình trạng tâm thần hoặc thể chất, hoặc đã được pháp luật chỉ định quyết định thay mặt quý vị hoặc thay mặt cho di sản của quý vị. Người này phải điền vào các phần tương ứng trên mẫu đơn ARD. Nếu người này đã được pháp luật chỉ định để đại diện cho quý vị, quý vị hoặc người này cũng phải nộp cho MassHealth một bản sao của tài liệu pháp lý hiện hành nêu rõ rằng người này là đại diện hợp pháp cho quý vị hoặc di sản của quý vị. Người này có thể là người giám hộ hợp pháp; người bảo hộ; người được ủy quyền; người được ủy quyền về chăm sóc y tế; hoặc, nếu người nộp đơn hoặc thành viên đã qua đời, quản lý viên hoặc người thi hành di sản.

Các mẫu đơn quan trọng

Quý vị có thể tìm thấy các mẫu đơn sau trên trang web của chúng tôi tại www.mass.gov/lists/hipaa-forms-for-masshealth-members.

- Đơn Thông báo về Cách thức chia sẻ thông tin riêng tư của MassHealth
- Đơn Cho Phép Chia Sẻ Thông Tin
- Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD)

Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, để yêu cầu bất kỳ mẫu đơn nào trong số này.

Báo cáo thay đổi

Nếu có bất kỳ thay đổi nào trong hoàn cảnh sống của quý vị, bao gồm nhưng không giới hạn ở thu nhập, tài sản, địa chỉ, bảo hiểm y tế, tình trạng nhập cư hoặc khuyết tật, quý vị phải cho chúng tôi biết trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi hoặc càng sớm càng tốt. Nếu không cho chúng tôi biết về các thay đổi này, quý vị có thể bị mất phúc lợi. Quý vị có thể cho chúng tôi biết về bất kỳ thay đổi nào bằng cách gọi số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Các phúc lợi khác

MassHealth có thể trả trực tiếp cho các dịch vụ y tế và cũng có thể trả các khoản đồng trả và khấu trừ Medicare của quý vị nếu quý vị đủ điều kiện. Quý vị có thể nhận được những phúc lợi này nếu thu nhập và tài sản của quý vị dưới mức tiền nhất định, hoặc nếu quý vị bị khuyết tật và dưới 65 tuổi. Hãy gọi cho chúng tôi theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, để tìm hiểu về những phúc lợi này.

Quý vị cũng có thể gọi số này nếu có bất kỳ câu hỏi nào về Chương trình Tiết kiệm Medicare.

Hầu hết các thành viên có Medicare và MassHealth hoặc Medicare và Chương trình Tiết kiệm Medicare có thể nhận trợ giúp về chi phí thuốc theo toa qua Medicare. Để biết thêm thông tin, hãy gọi Medicare theo số (800) 633-4227, TDD/TTY: (877) 486-2048 hoặc trang web www.medicare.gov.

Chương trình Prescription Advantage cung cấp trợ giúp về chi phí thuốc theo toa. Để tìm hiểu thêm về những phúc lợi này, hãy gọi cho Executive Office of Elder Affairs theo số miễn phí (800) 243-4636, TDD/TTY: (877) 610-0241.

MassHealth
Commonwealth of Massachusetts
EOHHS
www.mass.gov/masshealth

Đơn Gia Hạn Chương Trình Tiết Kiệm Medicare
cho những người đủ điều kiện nhận Medicare

Ai có thể dùng đơn gia hạn này?

Những cá nhân ở mọi lứa tuổi đang nhận Medicare và chỉ tìm kiếm sự trợ giúp về việc trả phí bảo hiểm Medicare và chia sẻ chi phí.
Nếu quý vị muốn nộp đơn xin các phúc lợi MassHealth khác, hoặc để được hỗ trợ chi phí Medicare, quý vị có thể gọi Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng MassHealth theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 cho những người bị điếc hoặc khiếm thính hoặc bị khuyết tật ngôn ngữ, để yêu cầu một đơn khác. Hoặc quý vị có thể tải xuống đơn thích hợp tại www.mass.gov/lists/applications-to-become-a-masshealth-member.

SNAP

SNAP là một chương trình liên bang giúp quý vị mua thực phẩm 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 và trách nhiệm từ trang 3 đến trang 6 và ký tên ở trang 2 để tiếp tục nộp đơn.

Thông Tin Chung

Ai à người nộp đơn? ☐ Quý vị ☐ Quý vị và vợ/chồng của mình

Nếu quý vị và vợ/chồng của quý vị sống cùng nhau, quý vị cũng phải cung cấp cho chúng tôi thông tin về vợ/chồng ngay cả khi họ không nộp đơn xin phúc lợi.

Quý vị Họ	Tên	Tên đệm
Địa chỉ đường	Thành phố	Tiểu bang ZIP code
Địa chỉ gửi thư (**(nếu khác với địa chỉ trên**) ☐Vô gia cư	Thành Phố	Tiểu Bang ZIP
Ngày sinh	Giới tính ☐Nam ☐Nữ	Số Điện thoại
Ngôn ngữ quý vị sử dụng để nó	Ngôn ngữ quý vị sử dụng để viết	
SSN (Số An sinh Xã hội)	Số hồ sơ yêu cầu thanh toán củan Medicare	

Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ hoặc công dân quốc gia Hoa Kỳ không? ☐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

Nếu quý vị là không phải công dân, quý vị có tình trạng di trú hợp lệ không? (Xem 130 CMR 518.000 để biết thêm thông tin.) ☐ Có ☐ Không

Nếu có, quý vị có giấy tờ di trú không? ☐ Có ☐ Không

Chúng tôi có thể xét đơn nhanh hơn nếu quý vị gởi kèm một bản sao hồ sơ di trú cùng với đơn này. Vui lòng liệt kê tất cả các tình trạng và/hoặc điều kiện di trú đã áp dụng cho quý vị kể từ khi nhập cảnh vào Hoa Kỳ. Nếu cần thêm chỗ, vui lòng đính thêm một trang 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.)

Tình trạng di trú	Loại hồ sơ di trú	Số ID giấy tờ

Số thường trú nhân (A Number)	Ngày hết hạn của hộ chiếu hoặc hồ sơ	Quốc Gia

Quý vị có sử dụng cùng một tên trong đơn này như khi quý vị nhận được tình trạng di trú không? ☐ Có ☐ Không

Nếu Không, quý vị đã sử dụng tên gì? Tên, tên đệm, họ và tên hậu (suffix)

Quý vị có đến Hoa sau ngày 22 tháng 8 năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có phải là cựu quân nhân được giải ngũ danh dự, hoặc đang phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ, hoặc là vợ/chồng hay con của cựu quân nhân được giải ngũ danh dự hoặc quân nhân đang tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Không bắt buộc phải trả lời: Quý vị có phải là: nạn nhân của một vụ buôn người nghiêm trọng, là một người vợ/chồng, con, hay anh/chị/em hoặc cha/mẹ của một nạn nhân từ các vụ buôn người, hay là một người vợ/chồng bị bạo hành, một người con hoặc cha/mẹ của một người vợ/chồng bị bạo hành? ☐ **Có** ☐ **Không**

Vợ/chồng của quý vị Họ | Tên | Viết tắt tên đệm

Ngày sinh | Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ | Số Điện thoại

Ngôn ngữ quý vị sử dụng để nó | Ngôn ngữ quý vị sử dụng để viết

SSN (Số An sinh Xã hội) | Số hồ sơ yêu cầu thanh toán cuản Medicare

Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ hoặc công dân quốc gia Hoa Kỳ không? ☐ 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

Nếu quý vị là không phải công dân, quý vị có tình trạng di trú hợp lệ không? (Xem 130 CMR 518.000 để biết thêm thông tin.) ☐ Có ☐ Không

Nếu có, quý vị có giấy tờ di trú không? ☐ Có ☐ Không

Chúng tôi có thể xét đơn nhanh hơn nếu quý vị gởi kèm một bản sao hồ sơ di trú cùng với đơn này. Vui lòng liệt kê tất cả các tình trạng và/hoặc điều kiện di trú đã áp dụng cho quý vị kể từ khi nhập cảnh vào Hoa Kỳ. Nếu cần thêm chỗ, vui lòng đính thêm một trang 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.)

Tình trạng di trú | Loại hồ sơ di trú | Số ID giấy tờ

Số thường trú nhân (A Number) | Ngày hết hạn của hộ chiếu hoặc hồ sơ | Quốc Gia

Quý vị có sử dụng cùng một tên trong đơn này như khi quý vị nhận được tình trạng di trú không? ☐ Có ☐ Không

Nếu Không, quý vị đã sử dụng tên gì? Tên, tên đệm, họ và tên hậu (suffix)

Quý vị có đến Hoa sau ngày 22 tháng 8 năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có phải là cựu quân nhân được giải ngũ danh dự, hoặc đang phục vụ trong quân đội Hoa Kỳ, hoặc là vợ/chồng hay con của cựu quân nhân được giải ngũ danh dự hoặc quân nhân đang tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không

Không bắt buộc phải trả lời: Quý vị có phải là: nạn nhân của một vụ buôn người nghiêm trọng, là một người vợ/chồng, con, hay anh/chị/em hoặc cha/mẹ của một nạn nhân từ các vụ buôn người, hay là một người vợ/chồng bị bạo hành, một người con hoặc cha/mẹ của một người vợ/chồng bị bạo hành? ☐ **Có** ☐ **Không**

Thu nhập

Điền vào phần này cho quý vị và vợ/chồng của quý vị. Liệt kê tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế và các khoản khấu trừ khác, chẳng hạn như phí bảo hiểm Medicare Phần B).

Nguồn thu nhập	Tổng thu nhập hàng tháng trước thuế và các khoản khấu trừ
An Sinh Xã Hội	Quý vị $ _____ Vợ/chồng của quý vị $ _____
Lương hưu	Quý vị $ _____ Vợ/chồng của quý vị $_____
Phúc lợi cựu chiến binh liên bang	Quý vị $ _____ Vợ/chồng của quý vị $_____
Niên kim hoặc quỹ tín thác	Quý vị $ _____ Vợ/chồng của quý vị $_____
Cổ tức và/hoặc tiền lãi	Quý vị $ _____ Vợ/chồng của quý vị $ _____
Thu nhập từ một công việc (trước các khoản khấu trừ)	Quý vị $ _____ Vợ/chồng của quý vị $ _____
Thu nhập từ tiền thuê nhà (sau chi phí)	Quý vị $ _____ Vợ/chồng của quý vị $ _____
Khác (vui lòng nêu rõ) _____	Quý vị $ _____ Vợ/chồng của quý vị $_____

Ký vào đơn xin này.

X _____ _____
Chữ ký của người nộp đơn hoặc Người đại diện được ủy quyền Tháng/ngày/năm

X _____ _____
Chữ ký của vợ/chồng hoặc người đại diện được ủy quyền Tháng/ngày/năm

Quý vị và vợ/chồng của quý vị phải ký nếu vợ/chồng sống với quý vị. Khi ký tên vào đây, quý vị đồng ý và hiểu những điều sau:

- Khi ký tên vào đơn xin này, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và đồng ý với các quyền và trách nhiệm có trong đơn xin này từ trang 3 đến trang 6.
- Khi ký tên vào đơn xin dưới đây, tôi xin xác nhận chịu hình phạt nếu khai man rằng những đệ trình và tuyên bố tôi đã gửi trong đơn này là đúng sự thật và đầy đủ theo hiểu biết của tôi, đồng thời tôi đồng ý chấp nhận và tuân thủ các quyền và trách nhiệm của Chương trình Tiết kiệm Medicare.
- Nếu tôi đã đánh dấu vào ô SNAP trên trang 1 của đơn này, tôi đang nộp đơn xin SNAP. Tôi xác nhận rằng tôi hiểu và đồng ý với các quyền, quy định và hình phạt của SNAP, như được nêu dưới đây. 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 người đăng ký Chương trình Tiết kiệm Medicare

Nếu quý vị nộp đơn này với tư cách là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải nộp mẫu đơn ARD cho chúng tôi hoặc có đơn trong hồ sơ để chúng tôi xử lý đơn xin này. Đơn ARD nằm ở cuối đơn này.

Thông tin ghi danh bầu cử được đính kèm trong tập tài liệu này.

Quý vị không cần phải ghi danh bầu cử để nhận Chương Trình Tiết Kiệm Medicare.

Dành cho người nộp đơn xin Chương trình Tiết kiệm Medicare

Quý vị cho phép MassHealth lấy bất kỳ hồ sơ hoặc dữ liệu nào để chứng minh bất kỳ thông tin nào được cung cấp trong đơn xin này. Quý vị hiểu rằng quý vị phải thông báo cho MassHealth về bất kỳ thay đổi về thông tin mà quý vị đã cung cấp trong đơn này. Quý vị xác nhận thêm theo hình phạt khai man rằng thông tin trong đơn này là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của quý vị.

Quan trọng-Chỉ dành cho người nộp đơn xin Chương trình Tiết kiệm Medicare

Nếu quý vị đang quyết định thay cho ai đó điền vào đơn này, quý vị phải điền vào đơn ARD đính kèm và gửi lại đơn này. Chữ ký của quý vị trên đơn này với tư cách là đại diện được ủy quyền xác nhận rằng thông tin trên đơn là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng quyết định về tính đủ điều kiện của MassHealth là sai, quý vị có quyền khiếu nại. Nếu quý vị bị từ chối phúc lợi, quý vị sẽ nhận được thông tin về cách khiếu nại.

MassHealth sẽ nhận được từ các công ty bảo hiểm y tế hiện tại và trước đây của quý vị tất cả thông tin về bảo hiểm y tế cho quý vị và vợ/chồng của quý vị. Điều này bao gồm, nhưng không giới hạn, thông tin về các hợp đồng bảo hiểm, phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm, khấu trừ và các phúc lợi bảo hiểm mà quý vị và vợ/chồng của quý vị có thể có, hoặc nên có.

MassHealth có thể lấy hồ sơ hoặc dữ liệu về quý vị và vợ/chồng của quý vị được liệt kê trong đơn này từ các nguồn và chương trình dữ liệu của liên bang và tiểu bang, chẳng hạn như Sở An sinh Xã hội, Sở Thuế vụ, Bộ An ninh Nội địa, DOR và Cơ Quan Quản Lý Các Phương Tiện Cơ Giới, cũng như các nguồn dữ liệu cá nhân bao gồm các tổ chức tài chính, 1) để chứng minh bất kỳ thông tin nào được cung cấp trong đơn này và bất kỳ phần bổ sung nào, hoặc thông tin nào khác được cung cấp khi quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị trở thành thành viên, 2) để ghi lại các dịch vụ y tế được yêu cầu hoặc cung cấp cho quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị, và 3) để tiếp tục hỗ trợ tính đủ điều kiện.

Dành cho người xin Chương trình Trợ cấp Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP)

Các phúc 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 xin SNAP của quý vị!** Nếu hội đủ điều kiện, SNAP của quý vị sẽ bắt đầu từ ngày DTA nhận được đơn xin MassHealth này. Khi 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 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 là người lao động di cư và có $100 hoặc ít hơn trong tài khoản ngân hàng.

Để biết thêm thông tin về SNAP ở Massachusetts, hãy vào trang mass.gov/SNAP.

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

Thông báo này liệt kê các quyền và trách nhiệm đối với tất cả các chương trình DTA. Quý vị phải theo đúng quy định chương trình đã nộp đơn xin.

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 mẫu đơn này là đúng và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi sẽ cung cấp cho DTA thông tin trung thực và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi trong cuộc phỏng vấn và trong tương lai.

Tôi hiểu rằng:

- cung cấp thông tin sai lệch hoặc gây hiểu lầm là hành vi gian lận,
- trình bày sai hoặc giấu giếm sự thật để nhận được các lợi ích của DTA là hành vi gian lận,
- gian lận được coi là 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 của mình. Nếu bất kỳ thông tin nào là giả tạo, DTA có thể từ chối cấp trợ cấp SNAP cho tôi.
- Tôi cũng có thể bị truy tố hình sự vì cung cấp thông tin giả mạo.
- Nếu DTA nhận được thông tin đáng tin cậy về một sự thay đổi trong hộ gia đình của tôi, số tiền trợ cấp của tôi có thể thay đổi.
- Bằng cách ký vào mẫu đơn này, tôi cho phép DTA xác minh tính đủ điều kiện để hưởng các quyền lợi, bao gồm:
  - Nhận thông tin từ các cơ quan khác của tiểu bang hoặc liên bang, cơ quan quản lý nhà ở địa phương, các sở phúc lợi ngoài tiểu bang, các tổ chức tài chính và Equifax Workforce Solutions (the Work Number). Tôi cũng cho phép các cơ quan này chia sẻ thông tin liên quan đến tính đủ điều kiện nhận trợ cấp của hộ gia đình tôi với DTA.
  - Nếu DTA sử dụng thông tin từ Equifax về thu nhập kiếm được của hộ gia đình tôi, tôi có quyền nhận một bản sao miễn phí báo cáo Equifax của mình nếu tôi yêu cầu trong vòng 60 ngày kể từ ngày có quyết định của DTA. Tôi có quyền đặt câu hỏi về thông tin trong báo cáo. Tôi có thể liên lạc với Equifax qua: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (đường dây miễn phí).
- Tôi có quyền có một bản sao đơn của mình, bao gồm thông tin mà DTA sử dụng để quyết định về tính đủ điều kiện và số tiền trợ cấp của hộ gia đình tôi. Tôi có thể yêu cầu DTA cung cấp bản sao điện tử của đơn hoàn chỉnh.

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

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

- Các ngân hàng, trường học, chính phủ, công ty đang làm việc, chủ nhà, công ty tiện ích và các cơ quan khác để kiểm tra xem tôi có đủ điều kiện nhận trợ cấp hay không.
- Các công ty điện, gas và điện thoại để tôi có thể được giảm giá tiện ích. Các công ty không thể chia sẻ thông tin của tôi hoặc sử dụng nó cho bất kỳ mục đích nào khác.
- Bộ Gia cư và Phát triển Cộng đồng (Department of Housing and Community Development) để ghi danh tôi vào Chương trình Heat & Eat. Chương trình này giúp mọi người nhận được nhiều trợ cấp SNAP nhất.
- 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 định cư của tôi. Bất kỳ thông tin nào nhận được từ USICIS 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 định cư, DTA sẽ không báo cáo quý vị với các cơ quan định cư trừ khi quý vị trình cho DTA lệnh trục xuất cuối cùng.

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

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

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

- Kiểm tra danh tính và tính đủ điều kiện của từng thành viên trong hộ gia đình mà tôi nộp đơn cho thông qua các chương trình đối chiếu dữ liệu.
- Giám sát việc tuân thủ các quy tắc của chương trình.
- Truy thu tiền nếu DTA xác nhận tôi đã hưởng các quyền lợi mà tôi không đủ điều kiện nhận.
- Giúp các cơ quan hành pháp truy bắt những kẻ trốn tránh pháp luật.

Tôi hiểu rằng tôi không buộc 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, người không muốn nhận trợ cấp. Thu nhập của một người không phải là công dân có thể được tính ngay cả khi người này không được nhận trợ cấp.

Quyền có Người Thông Dịch

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền có thông dịch viên chuyên nghiệp do DTA cung cấp miễn phí nếu tôi muốn giao tiếp bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.
- Nếu tôi có một phiên điều trần với DTA, tôi có thể yêu cầu DTA cung cấp cho tôi một thông dịch viên chuyên nghiệp miễn phí, hoặc nếu tôi muốn, tôi có thể đưa một người nào đó đến thông dịch cho tôi. Nếu tôi cần 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 đăng ký bỏ phiếu thông qua DTA.
- DTA sẽ giúp tôi điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri nếu tôi muốn được giúp đỡ.
- Tôi có thể điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri một cách riêng tư.
- Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các quyền lợi DTA của tôi.

Cơ Hội Việc Làm

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

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

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

Tình trạng Công dân

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

Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)

Tôi hiểu rằng:

- DTA quản lý chương trình SNAP ở Massachusetts.
- Khi tôi nộp đơn với DTA (qua điện thoại, trực tuyến, gặp trực tiếp hoặc qua thư hoặc fax), DTA có 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn của tôi để quyết định xem tôi có đủ điều kiện 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 thẻ 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 với DTA về những thay đổi trong hộ gia đình tôi:
  - Nếu tôi là một hộ gia đình được Báo cáo Đơn giản hóa của SNAP, tôi không phải báo cáo hầu hết các thay đổi đối với DTA cho đến khi phải nộp Báo cáo Tạm thời hoặc đến khi Chứng nhận lại. Những điều duy nhất tôi phải báo cáo sớm hơn là:
    - Nếu thu nhập của hộ gia đình tôi vượt quá ngưỡng tổng thu nhập (được liệt kê trong thông báo chấp thuận của tôi)
    - Tôi phải báo cáo điều này trước ngày thứ 10 của tháng kế tiếp, ngay sau tháng mà thu nhập của tôi vượt quá ngưỡng mức.

- Nếu tôi phải đáp ứng Quy tắc Làm việc dành cho Người Trưởng thành Không có người phụ thuộc (ABAWD) và số giờ làm việc của tôi giảm xuống dưới 20 giờ mỗi tuần.

- Nếu mọi người trong hộ gia đình tôi từ 60 tuổi trở lên, bị tàn tật hoặc dưới 18 tuổi và không có ai có thu nhập từ việc làm, thì những điều duy nhất tôi phải báo cáo là:
  - Nếu ai đó bắt đầu làm việc, hoặc
  - Ai đó dọn vào hoặc rời khỏi hộ gia đình của tôi.
  - Tôi phải báo cáo những thay đổi này trước ngày 10 của tháng kế tiếp, ngay sau tháng có sự thay đổi.
- Nếu tôi nhận SNAP thông qua Thay thế Phúc lợi Chuyển tiếp (TBA) vì TAFDC của tôi đã ngừng hoạt động, tôi không phải báo cáo bất kỳ thay đổi nào cho DTA trong 5 tháng mà tôi nhận được TBA.
- Nếu tôi nhận SNAP thông qua Bay State CAP, tôi không phải báo cáo bất kỳ thay đổi nào với DTA.

Nếu tôi và mọi người trong gia đình tôi nhận được hỗ trợ tiền mặt (TAFDC hoặc EAEDC), tôi phải báo cáo một số thay đổi cho DTA trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi.

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

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

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

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

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

Các Quy tắc SNAP

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

Cảnh báo Hình phạt SNAP

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

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

- Vi phạm **chương trình tiền mặt** theo Intentional Program Violation, IPV (Cố tình Vi phạm Chương trình), họ sẽ không đủ điều kiện nhận SNAP trong cùng khoảng thời gian mà họ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tiền mặt.
- Khai man về lý lịch hoặc nơi cư trú để được nhận nhiều khoản trợ cấp SNAP **cùng một lúc** họ sẽ không được nhận trợ cấp SNAP trong **mười năm**.
- Trao đổi (mua hay bán) trợ cấp SNAP để lấy chất kích thích bất hợp pháp/chất bị kiểm soát, họ sẽ không được nhận SNAP trong **hai năm** đối với lần đầu bị phát hiện, và **vĩnh viễn** khi bị phát hiện lần thứ hai.
- Trao đổi (mua hoặc bán) trợ cấp SNAP lấy súng ống, đạn dược hoặc chất nổ, họ sẽ không được nhận SNAP **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:

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

Tuyên Bố về Không Phân Biệt Đối Xử

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 đến:

1. **thư:**
   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:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.go

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

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 HỘI 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**.