Gia Hạn Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên Và Những Người Cần Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn

CÁCH THỨC NỘP ĐƠN XIN

Quý vị có thể nộp đơn của mình bằng bất kỳ cách nào sau đây.

Gửi thư đơn đã điền, có chữ ký của quý vị đến
MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214

Fax đơn đã diền có chữ ký đến số:
(617) 887-8799

Hãy gọi cho chúng tôi theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, hoặc (877) MA ENROLL ([877] 623-6765)

Hãy vào trang web mass.gov/how-to/apply-for-masshealth-coverage-for-seniors-and-people-of-any-age-who-need-long-term-care-services.

Để đặt lịch hẹn với đại diện MassHealth hoặc nộp đơn trực tiếp, hãy vào mass.gov/masshealth/appointment.

Để nhận được phúc lợi mà quý vị cần, quý vị có thể gửi kèm theo tài liệu có thể xác minh thu nhập và tài sản của hộ gia đình quý vị.

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 20-23. Đơn của quý vị sẽ tự động gửi đến Cơ Quan Trợ Giúp Chuyển Tiếp. Quý vị không cần phải xin SNAP để được xem xét nhận MassHealth.

MASSHEALTH VÀ HEALTH SAFETY NET | Ai Có Thể Sử Dụng Đơn Xin Này

Đây là đơn xin bảo hiểm y tế của quý vị nếu quý vị sống ở Massachusetts và quý vị có đang trong một tình trạng sau đây

- một người từ 65 tuổi trở lên và sống tại nhà và
  - không phải là cha mẹ của một đứa trẻ dưới 19 tuổi sống cùng quý vị; hoặc
  - không phải là một người thân trưởng thành sống cùng và chăm sóc một đứa trẻ dưới 19 tuổi, không có cả cha lẫn mẹ đang ở cùng nhà; hoặc là
  - bị khuyết tật và đang làm việc từ 40 giờ trở lên mỗi tháng hoặc hiện đang làm việc và đã làm việc ít nhất 240 giờ trong sáu tháng ngay trước tháng nộp đơn,
- một người ở mọi lứa tuổi và cần các dịch vụ chăm sóc dài hạn trong một cơ sở y tế hoặc cơ sở điều dưỡng; hoặc là
- một người đủ điều kiện nhận các dịch vụ chăm sóc dài hạn để sống tại nhà theo một số chương trình nhất định; hoặc là
- một thành viên là vợ chồng sống cùng với vợ/chồng của quý vị, khi
  - cả quý vị và vợ/chồng đều đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế,
  - không có đứa trẻ nào dưới 19 tuổi sống cùng quý vị, và
  - một vợ/chồng từ 65 tuổi trở lên và vợ/chồng còn lại dưới 65 tuổi. (Xem Bước 9 của đơn đăng ký.)

Nếu quý vị gặp bất kỳ trường hợp ngoại lệ nào sau đây, quý vị nên hoàn thành Đơn Xin Bảo Hiểm Y Tế Và Nha Khoa Và Trợ Giúp Trả Chi Phí (ACA-3). Để có được một bản sao của đơn đăng ký này, hãy gọi cho chúng tôi theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

- Quý vị là cha mẹ của một đứa trẻ dưới 19 tuổi sống cùng quý vị, hoặc
- Quý vị là một người thân trưởng thành sống cùng và chăm sóc một đứa trẻ dưới 19 tuổi, không có cả cha lẫn mẹ đang ở cùng nhà.

Quý vị cũng sẽ cần điền vào Phần Bổ Sung Chăm Sóc Dài Hạn nếu quý vị

- hiện đang ở trong một cơ sở, chẳng hạn như viện dưỡng lão, bệnh viện mãn tính hoặc cơ sở y tế khác (Quý vị có thể phải trả một khoản thanh toán hàng tháng, được gọi là phần tiền bệnh nhân phải trả, cho cơ sở chăm sóc dài hạn. Để biết thêm thông tin, hãy xem trang 13 trong Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên.);
- hiện đang ở trong một bệnh viện cấp tính, chờ được sắp xếp vào một cơ sở chăm sóc dài hạn; hoặc là
- sống trong nhà của quý vị và nộp đơn xin hoặc nhận các dịch vụ chăm sóc dài hạn theo chương trình Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Gia và Cộng Đồng.

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 (ARD) ở cuối đơn này.

MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR | Ai Có Thể Sử Dụng Đơn Xin Này

Đây là đơn xin bảo hiểm y tế của quý vị nếu quý vị sống ở Massachusetts, và quý vị có trong tình trạng sau đây.

- Quý vị từ 65 tuổi trở lên;
- không đủ điều kiện nhận MassHealth
- không nhận được Medicare và
- không được tiếp cận với một chương trình bảo hiểm y tế giá cả phải chăng, đáp ứng yêu cầu về giá trị tối thiểu.*

*Yêu cầu về giá trị tối thiểu có nghĩa là chương trình bảo hiểm y tế thanh toán ít nhất 60% tổng chi phí bảo hiểm y tế của một người đăng ký bình thường.

Health Connector sử dụng các quy tắc Tổng Số Tiền Thu Nhập Được Điều Chỉnh (MAGI) để xác định tính đủ điều kiện.

NHỮNG GÌ QUÝ VỊ CẦN CÓ KHI NỘP ĐƠN

Những mục sau đây PHẢI được gửi cùng với đơn xin khi nộp đơn cho MassHealth, Health Safety Net (HSN), và Massachusetts Health Connector

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 đối với những ai có trong tình trạng sau đây

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

Trừ khi có ngoại lệ, **chúng tôi cần SSN của tất cả những người đăng ký** xin bảo hiểm y tế. ***SSN không bắt buộc phải có đối với những ai không đăng ký xin bảo hiểm y tế, nhưng nếu 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 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 www.socialsecurity.gov. Xem Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên để biết thêm thông tin.

BẰNG CHỨNG VỀ THU NHẬP, TÀI SẢN VÀ BẢO HIỂM

Chúng tôi sẽ cố gắng xác minh một số thông tin này thông qua đối chiếu dữ liệu điện tử và sẽ thông báo cho quý vị nếu chúng tôi cần thêm bằng chứng. Nếu quý vị gửi kèm bằng chứng cho các mục này khi nộp đơn, có thể giúp đẩy nhanh quá trình xử.

- Bằng chứng về tất cả thu nhập hiện tại trước khi khấu trừ, chẳng hạn như bản sao phiếu lương hoặc phiếu lương hưu (Quý vị không phải gửi bằng chứng về thu nhập an sinh xã hội hoặc SSI, nhưng quý vị phải điền thông tin thu nhập an sinh xã hội và SSI, nếu có)
- Bằng chứng về tất cả các tài sản, chẳng hạn như tài khoản ngân hàng và hợp đồng bảo hiểm nhân thọ
- Bản sao hóa đơn phí bảo hiểm y tế hiện tại của quý vị (chẳng hạn như Medex) nếu quý vị đang nộp đơn xin các dịch vụ chăm sóc dài hạn tại một cơ sở y tế. (Quý vị không cần phải gửi bản sao thẻ Medicare của mình.)
- Số hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bảo hiểm y tế hiện tại nào
- Thông tin về bất kỳ bảo hiểm y tế nào khác hiện sẵn có cho hộ gia đình của quý vị

BẰNG CHỨNG VỀ QUỐC TỊCH/TÌNH TRẠNG CÔNG DÂN

Chúng tôi sẽ cố gắng xác minh thông tin này thông qua đối chiếu dữ liệu điện tử. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu cần thêm bằng chứng. Nếu quý vị gửi kèm bằng chứng cho các mục này, có thể giúp đẩy nhanh quá trình xử lý đơn đăng ký của quý vị.

- Bằng chứng về tình trạng quốc tịch/công dân Hoa Kỳ và bằng chứng danh tính, chẳng hạn như hộ chiếu Hoa Kỳ hoặc giấy tờ nhập tịch Hoa Kỳ. Quý vị cũng có thể chứng minh quốc tịch Hoa Kỳ bằng giấy khai sinh do chính phủ Hoa Kỳ cấp. Quý vị cũng có thể chứng minh danh tính bằng giấy phép lái xe hoặc một số loại thẻ khác do chính phủ cấp. Chúng tôi có thể chứng minh danh tính của quý vị thông qua hồ sơ của Cơ quan Đăng ký Xe Cơ giới Massachusetts (Massachusetts Registry of Motor Vehicles) nếu quý vị có bằng lái xe Massachusetts hoặc thẻ căn cước Massachusetts. Khi quý vị cung cấp cho MassHealth bằng chứng về quốc tịch/công dân Hoa Kỳ và danh tính của mình, quý vị sẽ không phải cung cấp lại cho chúng tôi bằng chứng này. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi bằng chứng danh tính của tất cả các thành viên trong gia đình đang nộp đơn. **Những người cao niên và người khiếm năng được hưởng hoặc có thể được hưởng Medicare hoặc Tiền Phụ Cấp An Sinh [Supplemental Security Income (SSI)], hoặc những người bị khiếm năng được nhận Trợ cấp An sinh Xã hội dành cho người bị khiếm năng [Social Security Disability (SSDI)], không bắt buộc phải cung cấp bằng chứng về tình trạng quốc tịch/công dân Hoa Kỳ và danh tính.**
- (Xem Mục 9 trong Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên để biết thêm thông tin)
- Một bản sao của cả hai mặt của tất cả các thẻ nhập cư (hoặc các tài liệu khác thể hiện tình trạng nhập cư) cho quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị nếu quý vị hoặc vợ/chồng không mang quốc tịch/không phải công dân Hoa Kỳ và đang nộp đơn cho MassHealth (ngoại trừ MassHealth Limited), Health Safety Net, hoặc các chương trình Health Connector.

Để biết thêm thông tin về tình trạng nhập cư và các loại tài liệu, vui lòng xem trang 32.

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 quyền riêng tư của MassHealth, hãy truy cập mass.gov/service-details/masshealth-member-privacy-information.

BƯỚC TIẾP THEO LÀ GÌ VÀ NHẬN TRỢ GIÚP Ở ĐÂU

Khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký đã điền, ký tên và đề ngày của quý vị, chúng tôi sẽ xem xét đơn đó. Nếu cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ viết thư hoặc gọi cho quý vị. Khi chúng tôi nhận được những gì chúng tôi cần, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định về kết quả hội đủ điều kiện của quý vị và gửi cho quý vị một thông báo bằng văn bản. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận MassHealth, hãy xuất trình thông báo này ngay lập tức cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào mà quý vị đã thanh toán cho các dịch vụ y tế sẽ được MassHealth chi trả trong thời gian quý vị hội đủ điều kiện. Nếu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xác định rằng MassHealth sẽ thanh toán cho các dịch vụ này, nhà cung cấp sẽ hoàn trả số tiền quý vị đã thanh toán.

Nếu quý vị cần thêm thông tin về cách nộp đơn, hoặc nếu quý vị cần một bản sao khác của **Phụ lục C: Người Chăm sóc Cá Nhân** cho vợ/chồng của quý vị cũng đang nộp đơn, hãy gọi cho chúng tôi theo số (800) 841-2900. TDD/TTY: 711. Đơn này có sẵn bằng nưững ngôn ngữ khác. Vui lòng gọi số ở trên để xin mẫu đơn.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về bất kỳ mẫu đơn nào hoặc thông tin quý vị cần gửi, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Gia Hạn Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên Và Những Người Cần Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn

Vui Lòng Viết Rõ Ràng. Hãy nhớ trả lời tất cả các câu hỏi. Điền vào tất cả các phần của đơn xin, cùng với tất cả các phụ lục có liên quan. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, hãy đính kèm một tờ giấy riêng biệt vào đơn xin. Ghi tên và số an sinh xã hội của Người thứ 1 ở đầu bất kỳ giấy tờ đính kèm nào. Đối với mỗi thành viên trong hộ gia đình của quý vị, ghi tên của (các) cá nhân theo qui định của chương trình hoặc các chương trình mà họ muốn đăng ký. Xem Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên để tìm hiểu thêm về phạm vi bảo hiểm theo các chương trình này.

Vui lòng liệt kê tên của tất cả những người đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế trong đơn xin này.

☐ **MassHealth hoặc Health Safety Net (HSN)**
(Nếu sống ở nhà, hoặc trong nhà an dưỡng, cơ sở trợ giúp sinh hoạt, cộng đồng hưu trí chăm sóc thường xuyên hoặc cộng đồng chăm sóc sức khỏe, hãy điền vào đơn đăng ký này và bất kỳ phần bổ sung nào áp dụng cho quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình.) MassHealth sẽ kiểm tra xem bất kỳ ai nộp đơn xin bảo hiểm y tế trong đơn đăng ký này có đủ điều kiện nhận MassHealth hoặc HSN hay không.

Quý vị: _____

vợ/chồng: _____

☐ **Chăm sóc dài hạn và/hoặc**
☐ **Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Gia và Tại Cộng Đồng**
(Nếu nộp đơn xin hoặc nhận các dịch vụ chăm sóc dài hạn tại nhà theo Miễn trừ HCBS, hoặc tại viện điều dưỡng hoặc bệnh viện mãn tính, hãy điền vào đơn này và bất kỳ phần bổ sung nào áp dụng cho quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình, bao gồm tất cả hoặc một phần của Phần Bổ Sung Chăm Sóc Dài Hạn.)

Quý vị: _____

vợ/chồng: _____

☐ **Các Chương Trình Health Connector**
Bảo hiểm y tế thông qua Massachusetts Health Connector không phải là MassHealth. Nếu quý vị có Medicare, quý vị sẽ không đủ điều kiện nhận bất kỳ khoản giảm chi pí đồng trả hoặc khoản Advance Premium Tax Credits thông qua Health Connector, và quý vị không thể mua chương trình bảo hiểm thông qua Health Connector, trừ khi quý vị đã đăng ký chương trình bảo hiểm Health Connector khi quý vị đủ điều kiện nhận Medicare. Trường hợp duy nhất nên đăng ký xin các chương trình Health Connector nếu quý vị có Medicare là khi quý vị chưa đăng ký Medicare nhưng sẽ phải trả phí bảo hiểm Medicare Phần A. Connector Trong trường hợp này, quý vị có thể đủ điều kiện nhận bảo hiểm thông qua Health Connector, có thể bao gồm Advance Premium Tax Credits (Tín Dụng Thuế cho Người Trả Trước Lệ Phí Bảo Hiểm) và chương trình ConnectorCare.

Quý vị: _____

vợ/chồng: _____

LƯU Ý: Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện Cho Người Cao Niên (PACE)
Một số thành viên MassHealth có thể đủ điều kiện đăng ký (PACE), cung cấp cho các thành viên quyền truy cập vào một loạt các dịch vụ y tế, xã hội, giải trí và chăm sóc y tế thông qua mô hình trung tâm. Xem trang 10 của Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên để biết thêm thông tin.

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 Cơ Quan Trợ Giúp Chuyển Tiếp để xin trợ cấp SNAP. Quý vị phải đọc các quyền lợi và trách nhiệm ở trang 18-23 và ký vào trang 24 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.

BƯỚC 1 Người thứ 1 (QUÝ VỊ)—Hãy cho chúng tôi biết về BẢN THÂN.

Chúng tôi cần một người trưởng thành trong hộ gia đình làm người đại diện để liên lạc cho đơn này. 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, chữ đệm, họ		2. Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
3. Địa chỉ nhà ☐ Không có địa chỉ nhà. Đánh quý vị phải cung cấp địa chỉ gửi thư.		4. Số chung cư hoặc số căn hộ
5. Thành phố	6. Bang	7. ZIP code / 8. Quận Hạt

9. Đây có phải là bệnh viện, cơ sở điều dưỡng hay cơ sở khác không? ☐ Có ☐ Không

Nếu **Có**, tên cơ sở

10. Địa chỉ gửi thư ☐ Kiểm tra xem có giống với địa chỉ nhà không.

11. Số chung cư hoặc số căn hộ

12. Thành phố

13. Bang

14. ZIP code

15. Quận Hạt

16. Số điện thoại

17. Số điện thoại khác

18. Địa chỉ email

19. # người được liệt kê trên đơn

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

21. Có ai trên đơn này đang ở tù hoặc trại giam không? ☐ Có ☐ Không
Xin hãy chọn **Không** nếu người này sẽ được thả trong 60 ngày tới.

Nếu **Có**, thì đó là ai? Nhập tên tại đây: _____

Nếu **Có**, người này có đang chờ phiên xét xử không? ☐ Có ☐ Không

CHỈ DÀNH CHO NGƯỜI GIÚP GHI DANH

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. 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.

Chọn một ☐ Người Giúp ☐ Cố Vấn Viên Điền Đơn

Tên, chữ đệm, họ

Địa chỉ email

Tên tổ chức

Số nhận dạng tổ chức

Số điện thoại của tổ chức

BƯỚC 2 Người thứ 1 - Cho chúng tôi biết về hộ gia đình của quý vị.

1. Tên, chữ đệm, họ

2. Mối liên hệ với quý vị
BẢN THÂN

3. 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.

4. Quý vị có nộp đơn xin bảo hiểm y tế hoặc nha khoa cho BẢN THÂN không? ☐ Có ☐ Không

Nếu **Có**, hãy trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây trong Bước 2 cho Người thứ 1 (bản thân).

Nếu **Không**, hãy trả lời Câu hỏi 20 (các trợ giúp hợp lý), sau đó chuyển đến phần Thông Tin Thu Nhập trên trang 5.

KHÔNG BẮT BUỘC TRẢ LỜI: 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 5-9 để giúp chúng tôi đáp ứng nhu cầu về ngôn ngữ và văn hóa của quý vị. Lưu ý câu trả 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 bản dạng giới hiện tại của quý vị? Chọn tối đa năm tùy chọn.

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.

☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chuyển giới nam ☐ Chuyển giới nữ
☐ Giới tính queer/không theo tiêu chuẩn giới/phi nhị nguyên giới/giới tính không thuộc nhóm nam hay nữ
☐ Bản dạng giới không được liệt kê ở đây. Vui lòng ghi rõ. _____
☐ Không biết ☐ Chọn không trả lời

6. Điều nào sau đây mô tả khuynh hướng tình dục hiện tại của quý vị? Chọn tối đa năm tùy chọn.

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.

☐ 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 32) _____

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

9. Dân tộc (xem trang 32) _____

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 đang xin bảo hiểm y tế có số này. 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 giúp xin số SSN, 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, tham khảo Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên.

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, chữ đệm, họ

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

Quý vị có thể không cần hoặc đã chọn không khai thuế trước đây, nhưng quý vị sẽ phải khai thuế thu nhập liên bang cho bất kỳ năm nào quý vị nhận được APTC. Quý vị phải đánh chọn **Có** cho câu hỏi 11 để đủ điều kiện nhận ConnectorCare hoặc APTC để giúp thanh toán bảo hiểm sức khỏe của quý vị. **Quý vị KHÔNG cần phải khai thuế để xin hoặc nhận MassHealth 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.

Quý vị phải khai thuế liên bang chung với vợ/chồng trong năm mà quý vị nộp đơn xin một số chương trình nhất định (ConnectorCare hoặc APTC), trừ khi quý vị là nạn nhân của bạo hành gia đình hoặc bị bỏ hoặc quý vị sẽ khai thuế với tư cách là Chủ hộ gia đình. Nếu quý vị sẽ khai thuế với tư cách là Chủ hộ gia đình, quý vị nên trả lời **Không** cho câu hỏi 11a ("Quý vị đã kết hôn hợp pháp chưa?"). Một cách mà quý vị có thể đủ điều kiện làm Chủ hộ gia đình là sống tách biệt với vợ/chồng của mình và khai một người khác là người phụ thuộc. Xem IRS Publication 501 hoặc tham khảo ý kiến chuyên gia thuế để biết thông tin khai thuế. Quý vị sẽ chỉ cần bao gồm bản thân và bất kỳ người phụ thuộc nào trong đơn đăng ký này.

a. Quý vị đã kết hôn hợp pháp chưa? ☐ Có ☐ Không
Nếu **Không**, chuyển sang câu hỏi 11C.
Nếu **Có**, hãy liệt kê tên vợ/chồng và ngày sinh. _____

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

c. Quý vị có khai bất kỳ người phụ thuộc nào trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của quý vị vào năm mà quý vị đang nộp đơn không?
☐ Có ☐ Không
Quý vị sẽ yêu cầu một khoản khấu trừ miễn trừ cá nhân trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của quý vị cho bất kỳ cá nhân nào được liệt kê trong đơn này với tư cách là người phụ thuộc được 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 của những người phụ thuộc và (các) ngày sinh.

_____

d. Quý vị có bị 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 việc quý vị có nhận được khoản tín dụng thuế hay không. Đừng trả lời **Có** cho câu hỏi này nếu quý vị là 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 vợ/chồng 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 mỗi năm trong hai năm qua khi tôi được nhận Advance Premium Tax Credit (APTC) để giảm 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 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 _____

13. Nếu quý vị là không phải công dân, quý vị có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không? ☐ Có ☐ Không

a. Quý vị 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. Quý vị có tài liệu nhập cư không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có thể giúp chúng tôi xử lý đơn này nhanh chóng hơn bằng cách đính kèm một bản sao của các tài liệu nhập cư của quý vị trong đơn này. Chúng tôi sẽ cố gắng xác minh tình trạng nhập cư của quý vị thông qua đối chiếu dữ liệu điện tử. Vui lòng liệt kê tất cả các tình trạng và/hoặc điều kiện nhập cư đã áp dụng cho quý vị kể từ khi quý vị nhập cảnh vào Hoa Kỳ. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, hãy đính kèm một tờ giấy khác.

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

Tình trạng nhập cư _____ Loại tài liệu nhập cư _____ Chọn một hoặc nhiều tình trạng và loại tài liệu từ danh sách ở trang 32.

Số ID tài liệu _____ Số Thường trú nhân _____

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

c. 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 hậu tố _____

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

e. 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

f. **Không bắt buộc** Quý vị 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; ☐ vợ/chồng bị đánh đập; ☐ con cái hoặc cha mẹ của vợ/chồng bị đánh đập?

14. Quý vị có đang sống ở Massachusetts, và có ý định cư trú ở đây, ngay cả khi quý vị không có địa chỉ cố định, hoặc đã đến Massachusetts với cam kết làm việc hoặc tìm kiếm việc làm không? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị đến thăm ở Massachusetts vì mục đích cá nhân hoặc để 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.

15. Quý vị có sống với ít nhất một đứa trẻ dưới 19 tuổi và quý vị có phải là người chăm sóc chính của đứa trẻ hoặc những đứa trẻ này không? ☐ Có ☐ Không

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

16. Quý vị có đang mang thai không? ☐ Có ☐ Không

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

17. Quý vị có bao giờ ở trong chương trình chăm sóc nuôi dưỡng chưa? ☐ Có ☐ Không

a. Nếu **Có**, quý vị đã ở trong chương trình chăm sóc nuôi dưỡng ở tiểu bang nào? _____

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

18. Quý vị thuê hay sở hữu tài sản của mình? ☐ Thuê ☐ Sở hữu

19. **KHUYẾT TẬT** Trả lời câu hỏi này nếu quý vị dưới 65 tuổi hoặc từ 65 tuổi trở lên và đang làm việc.
Quý vị có bị khuyết tật (bao gồm tình trạng sức khỏe tâm thần làm mất khả năng hoạt động) 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 Tên: _____

20. Quý vị có cần trợ giúp hợp lý do khuyết tật hoặc bị chấn thương không? ☐ Có ☐ Không
Nếu **Không**, chuyển sang câu hỏi tiếp theo. Nếu **Có**, hãy trả lời các câu hỏi a và b.

a. Tình trạng
☐ Thị lực kém ☐ Mù ☐ Điếc ☐ Thính giác kém ☐ Khuyết tật phát triển ☐ Khuyết tật về trí tuệ
☐ Khuyết tật về thể chất ☐ Khác (Vui lòng giải thích.) _____

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

21. Quý vị đã bao giờ nhận được Tiền Phụ Cấp An Sinh (SSI) chưa? ☐ Có ☐ Không
Nếu **Không**, hãy đi đến phần Thông tin Thu nhập. Nếu **Có**, hãy trả lời các câu hỏi a và b.

a. Lần cuối quý vị nhận SSI là khi nào? (tháng/năm) _____

b. Quý vị có (đánh dấu một ô): ☐ sống một mình không? ☐ sống với vợ/chồng? ☐ sống trong một nhà an dưỡng?
☐ sống trong nhà của người khác?

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

22. Quý vị có thu nhập nào không? ☐ Có ☐ Không Chọn không, hãy chuyển sang câu hỏi 31.

CÔNG VIỆC HIỆN TẠI | Nếu quý vị có nhiều hơn một công việc và cần nhiều khoảng trống hơn, hãy đính kèm một trang giấy khác.

23. Tên và địa chỉ của công ty | ID Thuế Liên Bang

24. a. Tiền lương/tiền boa (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 _____

25. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

26. Quý vị có đang làm việc theo thời vụ không? ☐ Có ☐ Không. Chọn **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

TỰ KINH DOANH | Nếu tự làm chủ, hãy trả lời các câu hỏi sau. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, hãy đính kèm một trang giấy khác.

27. Quý vị có tự kinh doanh 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 (lợi nhuận sau khi chi phí kinh doanh được thanh toán) từ việc tự kinh doanh này mỗi tháng, hoặc quý vị sẽ lỗ bao nhiêu 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

28. Đánh vào tất cả các ô phù hợp. Cho biết số tiền cũng như tần suất quý vị nhận tiền.
LƯU Ý: Quý vị không cần cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng con cái hoặc Tiền Phụ Cấp An Sinh (SSI).

☐ Trợ cấp An sinh Xã hội $_____ Tần suất nhận? _____
☐ Tiền hưu trí hoặc Lương hưu $_____ Tần suất nhận? _____ Nguồn _____
☐ Niên kim $_____ Tần suất nhận? _____
☐ Quỹ tín thác $_____ Tần suất nhận? _____
☐ Trợ cấp thất nghiệp $_____ Tần suất nhận? _____
☐ Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác $_____ Tần suất nhận? _____
☐ Thu nhập tiền bản quyền $_____ 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. $_____

☐ Phúc lợi cựu chiến binh liên bang $_____ Tần suất nhận? _____

☐ Lương hưu quân đội $_____ Tần suất nhận? _____

☐ Thu nhập phải đóng thuế khác (bao gồm loại) $_____ Tần suất nhận? _____ Loại _____

☐ Lãi vốn: Trung bình, quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc lỗ từ khoản lãi vốn này cho mỗi tháng?
$ _____ /lợi nhuận hoặc $ _____ /lỗ

☐ Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá $ _____ **/lợi nhuận** 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 CHO THUÊ

29. Quý vị có nhận được thu nhập cho thuê không? (**Quý vị phải trả lời câu hỏi này.**) ☐ Có ☐ Không

Nếu **Có**, **hãy gửi bằng chứng** về thu nhập từ tiền thuê nhà hiện tại, chẳng hạn như tuyên bố bằng văn bản từ mỗi người thuê nhà, bản sao hợp đồng thuê nhà hoặc tờ khai thuế liên bang hiện tại. Đồng thời **gửi bằng chứng** về tất cả các chi phí sau, nếu có, trong 12 tháng qua: tiền vay thế chấp, thuế, tiện ích (khí đốt/điện), sưởi ấm, nước/cống rãnh, bảo hiểm, phí chung cư hoặc hợp tác xã, phí sửa chữa và bảo trì.

a. Quý vị sở hữu loại bất động sản nào? ☐ một gia đình ☐ hai gia đình ☐ ba gia đình ☐ khác (hãy mô tả): _____

b. Quý vị nhận được bao nhiêu thu nhập cho thuê hoặc tổn thất **hàng tháng** từ mỗi căn hộ cho thuê từ bất động sản được nêu ra ở trên? (Liệt kê từng căn hộ cho thuê và địa chỉ riêng biệt.)

Địa chỉ _____ Số căn hộ_____

Số tiền Thu nhập _____ Số tiền Tổn thất _____ Chủ sở hữu đang ở? ☐ Có ☐ Không

Địa chỉ _____ Số căn hộ_____

Số tiền Thu nhập _____ Số tiền Tổn thất _____ Chủ sở hữu đang ở? ☐ Có ☐ Không

c. Quý vị có trả tiền sưởi ấm hoặc dịch vụ tiện ích cho người thuê nhà không? ☐ Có ☐ Không

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

30. Quý vị 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 _____

31. Quý vị 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

32. Quý vị khai báo 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. Chọn tất cả những mục phù hợp. Các khoản khấu trừ của quý vị phải đúng những gì quý vị đã khai thuế cho thu nhập liên bang của mình trong phần "Tổng Số Tiền Thu Nhập Được Điều Chỉnh". Với mỗi khoản khấu trừ đã chọn, quý vị hãy điền vào số tiền mỗi năm. Quý vị có thể thêm 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 cấp dưỡng đã trả cho việc ly hôn, thỏa thuận ly thân, hoặc lệnh của tòa án đã được hoàn tất 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 cho khoản vay cho sinh viên (chỉ lãi suất, không phải tổng số tiền phải trả): Số tiền hàng năm $ _____

☐ Không có

THU NHẬP HÀNG NĂM

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

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

CẢM ƠN QUÝ VỊ! 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—vợ/chồng hoặc những người khác trong hộ gia đình này

Điền vào phần này cho vợ/chồng hiện sống cùng quý vị hoặc bất kỳ ai có tên trong tờ khai thuế thu nhập liên bang của quý vị, nếu quý vị khai thuế.

Nếu quý vị phải bao gồm nhiều hơn bốn người trong đơn xin này, hãy tạo một bản sao chưa điền thông tin cho các trang ở Bước 2 Người thứ 2 TRƯỚC KHI quý vị điền vào. Khi điền vào các trang bổ sung, vui lòng cho chúng tôi biết mỗi người có mối quan hệ như thế nào với những người khác trong đơn. Chúng tôi cần thông tin này để xác định xem quý vị có đủ điều kiện không. Quý vị có thể tải xuống các trang để bổ sung thêm người trong gia đình tại mass.gov/lists/applictions-to-become-a-masshealth-member.

1. Tên, chữ đệm, họ	2. Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

3. 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 họ.

4. Mối quan hệ với Người thứ 1	5. Người này có sống với Người thứ 1 không? ☐ Có ☐ Không. Nếu **không**, hãy cung cấp địa chỉ nhà

☐ Không có địa chỉ nhà. Lưu ý: nếu quý vị đánh dấu vào ô này, quý vị phải cung cấp địa chỉ nhận thư.

6. Đây có phải là bệnh viện, cơ sở điều dưỡng hay cơ sở khác không? ☐ Có ☐ Không
Nếu **Có**, điền tên cơ sở

7. Địa chỉ gửi thư ☐ Kiểm tra xem có giống với địa chỉ nhà không.	8. Số chung cư hoặc số căn hộ

9. Thành phố	10. Bang	11. ZIP code	12. Quận Hạt

13. Ngôn ngữ ưu tiên của người này 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.

14. Người này có đang xin bảo hiểm y tế hoặc nha khoa không? ☐ Có ☐ Không
Nếu **Có**, hãy trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây trong Bước 2 cho Người thứ 2
Nếu **Không**, hãy trả lời Câu hỏi 30 (các trợ giúp hợp lý), sau đó chuyển đến phần Thông Tin Thu Nhập trên trang 10.

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

15. Điều nào mô tả đúng nhất về bản dạng giới hiện tại của người này? Chọn tối đa năm tùy chọn.
☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chuyển giới nam ☐ Chuyển giới nữ
☐ Giới tính queer/không theo tiêu chuẩn giới/phi nhị nguyên giới/giới tính không thuộc nhóm nam hay nữ
☐ Bản dạng giới không được liệt kê ở đây. Vui lòng ghi rõ. _____
☐ Không biết ☐ Chọn không trả lời

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

☐ 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

17. Người này có nguồn 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

18. Chủng tộc (xem trang 32)

19. Dân tộc (xem trang 32)

20. 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 đang xin bảo hiểm y tế có số này. 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 họ không? ☐ Có ☐ Không

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

_____
Tên, chữ đệm, họ

21. Nếu người này nhận được 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
Họ có thể không cần hoặc đã chọn không khai thuế trước đây, nhưng người này sẽ phải khai thuế thu nhập liên bang cho bất kỳ năm nào họ nhận được APTC. Quý vị phải đánh chọn **Có** cho câu hỏi 21 để đủ điều kiện nhận ConnectorCare hoặc APTC để giúp thanh toán bảo hiểmsức khỏe của người này. **Người này KHÔNG cần phải khai thuế để xin hoặc nhận MassHealth hoặc HSN, nếu họ đủ điều kiện.**

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

Người này phải khai thuế liên bang chung với vợ/chồng trong năm mà người này nộp đơn xin một số chương trình nhất định (ConnectorCare hoặc APTC), trừ khi người này 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 người này sẽ khai thuế với tư cách là Chủ hộ gia đình, họ nên trả lời **Không** cho câu hỏi 21a ("Quý vị đã kết hôn hợp pháp chưa?"). Một cách mà người này có thể đủ điều kiện làm Chủ hộ gia đình là sống tách biệt với vợ/chồng 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. Người này sẽ chỉ cần bao gồm bản thân họ và bất kỳ người phụ thuộc nào trong đơn xin này.

a. Người này đã kết hôn hợp pháp chưa? ☐ Có ☐ Không
Nếu **Không**, chuyển sang câu hỏi 21c.
Nếu **Có**, hãy liệt kê tên vợ/chồng và ngày sinh. _____

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

c. Người này có khai bất kỳ người phụ thuộc nào trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của người này vào năm mà họ đang nộp đơn không?
☐ Có ☐ Không
Người này sẽ yêu cầu một khoản khấu trừ miễn trừ cá nhân trên tờ khai thuế thu nhập liên bang của họ cho bất kỳ cá nhân nào được liệt kê trong đơn này với tư cách là người phụ thuộc được đăng ký bảo hiểm thông qua Massachusetts Health Connector và phí bảo hiểm của họ được trả toàn bộ hoặc một phần bằng các khoản trả trước.

Liệt kê tên của những người phụ thuộc và (các) ngày sinh.

_____

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

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

Nếu **Có**, họ 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 _____

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

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

Quý vị có thể giúp chúng tôi xử lý đơn này nhanh chóng hơn bằng cách đính kèm một bản sao của các tài liệu nhập cư của quý vị trong đơn này. Chúng tôi sẽ cố gắng xác minh tình trạng nhập cư của người này thông qua đối chiếu dữ liệu điện tử. Vui lòng liệt kê tất cả các tình trạng và/hoặc điều kiện nhập cư đã áp dụng cho người này kể từ khi họ nhập cảnh vào Hoa Kỳ. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, hãy đính kèm một tờ giấy khác.

Ngày được nhận quyền định 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 tài liệu định cư _____Chọn một hoặc nhiều tình trạng và loại tài liệu từ danh sách ở trang 32.

Số ID tài liệu _____ Số Thường trú nhân _____

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

c. Người này có sử dụng cùng một tên khi xin tình trạng nhập cư với tên mà họ đã điền trên đơn này không? ☐ Có ☐ Không
Nếu **Không**, người này đã sử dụng tên gì? Tên, tên đệm, họ và hậu tố _____

d. Người này có đến Mỹ 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, vợ/chồng hoặc con cái 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; ☐ vợ/chồng bị đánh đập; ☐ con cái hoặc cha mẹ của vợ/chồng bị đánh đập?

24. 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 làm việc hoặc tìm kiếm việc làm? ☐ Có ☐ Không

Nếu người này ghé thăm Massachusetts vì mục đích cá nhân hoặc với mục đích nhận dịch vụ chăm sóc y tế tại một cơ sở không phải là cơ sở điều dưỡng, quý vị phải trả lời Không cho câu hỏi này.

25. 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

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

26. 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? _____

27. Người này có bao giờ ở trong chương trình chăm sóc nuôi dưỡng chưa? ☐ Có ☐ Không

a. Nếu **Có**, người này đã ở trong chương trình chăm sóc nuôi dưỡng ở tiểu bang nào? _____

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

28. Người này thuê hay sở hữu tài sản của họ? ☐ Thuê ☐ Sở hữu

29. **KHUYẾT TẬT** Trả lời câu hỏi này nếu người này dưới 65 tuổi hoặc từ 65 tuổi trở lên và đang làm việc.
Người này có bị khuyết tật (bao gồm tình trạng sức khỏe tâm thần làm mất khả năng hoạt động) 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 Tên: _____

30. Người này có cần trợ giúp hợp lý do khuyết tật hoặc bị chấn thương không? ☐ Có ☐ Không
Nếu **Không**, chuyển sang câu hỏi tiếp theo. Nếu **Có**, hãy trả lời các câu hỏi a và b.

a. Tình trạng

☐ Thị lực kém ☐ Mù ☐ Điếc ☐ Thính giác kém ☐ Khuyết tật phát triển ☐ Khuyết tật về trí tuệ
☐ Khuyết tật về thể chất ☐ Khác (Vui lòng giải thích.) _____

b. Hỗ trợ

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

31. Người này đã bao giờ nhận được Tiền Phụ Cấp An Sinh (SSI) chưa? ☐ Có ☐ Không

Nếu **Không**, hãy đi đến phần Thông tin Thu nhập. Nếu **Có**, hãy trả lời các câu hỏi a và b.

a. Lần cuối cùng người này nhận SSI là khi nào? (tháng/năm) _____

b. Người này (đánh dấu một ô): có ☐ sống một mình không? ☐ sống với vợ/chồng? ☐ sống trong một nnhà an dưỡng? ☐ sống trong nhà của người khác?

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

32. Người này có thu nhập gì không? ☐ Có ☐ Không Nếu người này không có thu nhập, hãy chuyển sang câu hỏi 40.

CÔNG VIỆC HIỆN TẠI | Nếu người này có nhiều hơn một công việc và cần nhiều khoảng trống hơn, hãy đính kèm một trang giấy khác.

33. Tên và địa chỉ của công ty | Số Federal Tax ID

34. a. Tiền lương/tiền boa (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 _____

35. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN _____

36. Người này có 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

TỰ KINH DOANH | Nếu tự làm chủ, hãy trả lời các câu hỏi sau. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, hãy đính kèm một trang giấy khác.

37. Người này có phải là người tự kinh doanh 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 (lợi nhuận sau khi chi phí kinh doanh được thanh toán) từ việc tự kinh doanh này mỗi tháng, hoặc họ sẽ lỗ bao nhiêu 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

38. Đánh vào tất cả các ô phù hợp, và cho biết số tiền cũng như tần suất người này nhận tiền.
LƯU Ý: Quý vị không cần cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng con cái hoặc Tiền Phụ Cấp An Sinh (SSI).

☐ Trợ cấp An sinh Xã hội $_____ Tần suất nhận? _____

☐ Tiền hưu trí hoặc Lương hưu $_____ Tần suất nhận? _____ Nguồn _____

☐ Niên kim $_____ Tần suất nhận? _____

☐ Quỹ tín thác $_____ Tần suất nhận? _____

☐ Trợ cấp thất nghiệp $_____ Tần suất nhận? _____

☐ Tiền lãi, cổ tức và thu nhập đầu tư khác $_____ Tần suất nhận? _____

☐ Thu nhập tiền bản quyền $_____ 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. $_____

☐ Phúc lợi cựu chiến binh liên bang $_____ Tần suất nhận? _____

☐ Lương hưu quân đội $_____ Tần suất nhận? _____

☐ Thu nhập phải đóng thuế khác (bao gồm loại) $_____ Tần suất nhận? _____ Loại _____

☐ Lãi vốn: Trung bình, người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng hoặc lỗ từ khoản lãi vốn này cho mỗi tháng?
$ _____ /lợi nhuận hoặc $ _____ /lỗ

☐ Thu nhập ròng từ nuôi trồng hoặc đánh bắt cá $ _____ **/lợi nhuận** 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 CHO THUÊ

39. Người này có nhận được thu nhập cho thuê không? ☐ Có ☐ Không

Nếu **Có**, **hãy gửi bằng chứng** về thu nhập từ tiền thuê nhà hiện tại, chẳng hạn như tuyên bố bằng văn bản từ mỗi người thuê nhà, bản sao hợp đồng thuê nhà hoặc tờ khai thuế liên bang hiện tại. Đồng thời **gửi bằng chứng** về tất cả các chi phí sau, nếu có, trong 12 tháng qua: tiền vay thế chấp, thuế, tiện ích (khí đốt/điện), sưởi ấm, nước/cống rãnh, bảo hiểm, phí chung cư hoặc hợp tác xã, phí sửa chữa và bảo trì.

a. Người này sở hữu loại bất động sản nào? ☐ một gia đình ☐ hai gia đình ☐ ba gia đình ☐ khác (hãy mô tả): _____

b. Người này nhận được bao nhiêu thu nhập cho thuê hoặc tổn thất **hàng tháng** từ mỗi căn hộ cho thuê từ bất động sản được nêu ra ở trên? (Liệt kê từng căn hộ cho thuê và địa chỉ riêng biệt.)

Địa chỉ _____ Số căn hộ_____

Số tiền Thu nhập _____ Số tiền Tổn thất _____ Chủ sở hữu đang ở? ☐ Có ☐ Không

Địa chỉ _____ Số căn hộ_____

Số tiền Thu nhập _____ Số tiền Tổn thất _____ Chủ sở hữu đang ở? ☐ Có ☐ Không

c. Người này có trả tiền sưởi ấm hoặc các tiện ích cho người thuê nhà của họ không? ☐ Có ☐ Không

THU NHẬP CHỈ MỘT LẦN

40. 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 _____

41. 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

42. Người này khai báo những khoản khấu trừ nào khi khai thuế thu nhập của mình?
Nếu người này 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. Chọn tất cả những mục phù hợp. Các khoản khấu trừ của người này phải đúng với những gì họ đã ghi khi khai thuế thu nhập liên bang trong phần "Tổng Số Tiền Thu Nhập Được Điều Chỉnh". Đối với mỗi khoản khấu trừ được chọn, hãy cung cấp số tiền mỗi năm. Quý vị có thể thêm 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 cấp dưỡng đã trả cho việc ly hôn, thỏa thuận ly thân hoặc lệnh của tòa án đã được hoàn tất 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 cho 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

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

45. Tổng thu nhập dự kiến của người này cho năm tới là bao nhiêu, nếu khác?

CẢM ƠN QUÝ VỊ! Đây là tất cả những gì chúng tôi cần biết về người này.

BƯỚC 3 (Các) Thành viên Hộ gia đình của 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 người Mỹ Bản địa hoặc người Alaska Bản địa.**

BƯỚC 4 Các Hóa Đơn Y Tế Trước Đó

Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có hóa đơn cho các dịch vụ y tế mà quý vị nhận được trong ba tháng trước khi nộp đơn của quý vị không?
☐ Có ☐ Không

Nếu **Có**, MassHealth có thể thanh toán các hóa đơn này. Nếu **Không**, chuyển sang **Bước 5: Tài Sản**.

Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có muốn nộp đơn xin MassHealth trong khoảng thời gian đó không? ☐ Có ☐ Không

Nếu **Có,** ngày sớm nhất mà quý vị cần MassHealth là ngày nào? (tháng/ngày/năm) _____
(Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi bằng chứng về tất cả thu nhập và tài sản thuộc sở hữu của quý vị trong khoảng thời gian đó.)

Vui lòng liệt kê bên dưới bất kỳ cá nhân nào yêu cầu thanh toán các hóa đơn y tế trước đó. Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi bằng chứng về tất cả thu nhập và tài sản thuộc sở hữu của quý vị trong khoảng thời gian đó.

Tên	Ngày yêu cầu sớm nhất	Có bất kỳ thay đổi nào về hoàn cảnh trong thời gian này? ☐ Có ☐ Không
Tên	Ngày yêu cầu sớm nhất	Có bất kỳ thay đổi nào về hoàn cảnh trong thời gian này? ☐ Có ☐ Không

BƯỚC 5 Tài Sản | Quý vị **phải** điền vào tất cả các ô cho mỗi tài sản mà quý vị và/hoặc vợ/chồng của quý vị sở hữu.

Nếu quý vị hiện sống trong một cộng đồng và quý vị muốn được trợ giúp về hóa đơn y tế tối đa ba tháng trước tháng quý vị nộp đơn, quý vị phải cho chúng tôi biết về bất kỳ tài khoản mở và đóng nào trong khoảng thời gian đó. Nếu quý vị đang nộp đơn xin chăm sóc dài hạn, quý vị cũng phải cung cấp cho chúng tôi thông tin về tất cả các tài sản mà quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị sở hữu trong 60 tháng qua. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống, hãy đính kèm một trang giấy khác.

TÀI KHOẢN NGÂN HÀNG

1. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có bất kỳ tài khoản ngân hàng hoặc chứng chỉ tiền gửi nào, bao gồm tài khoản vãng lai, tiết kiệm, liên minh tín dụng, NOW, thị trường tiền tệ và tài khoản trợ cấp nhu cầu cá nhân (PNA) không? ☐ Có ☐ Không

   a. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có bất kỳ tài khoản hưu trí nào, bao gồm cả tài khoản hưu trí cá nhân (IRA), Keogh, hay quỹ hưu trí không? ☐ Có ☐ Không

   b. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị hoặc một người đồng sở hữu đã đóng bất kỳ tài khoản nào trong 60 tháng qua, bao gồm bất kỳ tài khoản nào quý vị đã sở hữu chung với bất kỳ ai khác? ☐ Có ☐ Không

   Nếu quý vị trả lời **Có** cho **bất kỳ** câu hỏi nào trong số này, hãy điền vào phần này. Nếu quý vị trả lời **Không** cho **tất cả** các câu hỏi này, hãy chuyển sang phần tiếp theo **(BẤT ĐỘNG SẢN)**.

Gửi một bản sao sổ tiết kiệm của quý vị được cập nhật trong vòng 45 ngày và/hoặc **một bản sao** sao kê tài khoản hiện tại của quý vị.Xem Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên để biết thông tin về lệ phí mà các tổ chức tài chính tính cho các bản sao sao kê. Nếu đang nộp đơn xin bảo hiểm chi trả cho cơ sở điều dưỡng, vui lòng cung cấp sao kê tài khoản trong 60 tháng qua.

Tên trên tài khoản		Loại tài khoản
Tên ngân hàng/tổ chức		Số tài khoản
Số dư hiện tại $	Số dư vào ngày được nhận vào cơ sở * $	☐ Tài khoản đang mở ☐ Tài khoản đã đóng
Ngày đóng tài khoản (tháng/ngày/năm)	Số tiền vào ngày đóng tài khoản $	
Tên trên tài khoản		Loại tài khoản
Tên ngân hàng/tổ chức		Số tài khoản
Số dư hiện tại $	Số dư vào ngày được nhận vào cơ sở * $	☐ Tài khoản đang mở ☐ Tài khoản đã đóng
Ngày đóng tài khoản (tháng/ngày/năm)	Số tiền vào ngày đóng tài khoản $	

* Nhập số dư tài khoản vào ngày được nhận vào cơ sở y tế, bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng.

BẤT ĐỘNG SẢN

2. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có sở hữu hoặc có lợi ích hợp pháp đối với nơi cư trú chính của quý vị không?
   Quý vị ☐ Có ☐ Không Vợ/chồng ☐ Có ☐ Không

3. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có sở hữu hoặc có lợi ích hợp pháp đối với bất kỳ bất động sản nào **khác ngoài** nơi cư trú chính của quý vị không?
   Quý vị ☐ Có ☐ Không Vợ/chồng ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời **Có** cho bất kỳ câu hỏi nào trong số này, hãy điền vào phần này. Nếu **Không**, hãy chuyển sang phần tiếp theo **(BẢO HIỂM NHÂN THỌ)**.

Gửi một bản sao của (các) chứng thư, (các) hóa đơn thuế hiện tại và bằng chứng về số tiền còn nợ trên tất cả tài sản thuộc sở hữu.

Địa chỉ	
Loại bất động sản	Giá trị hiện tại $
Địa chỉ	
Loại bất động sản	Giá trị hiện tại $

BẢO HIỂM NHÂN THỌ

4. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có **sở hữu** bất kỳ bảo hiểm nhân thọ nào không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, hãy điền vào phần này. Nếu **Không**, chuyển sang phần tiếp theo **(TÀI KHOẢN MÔI GIỚI CHỨNG KHOÁN (CỔ PHIẾU/TRÁI PHIẾU/KHÁC))**.

Gửi một bản sao của trang đầu tiên của tất cả các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ. Nếu tổng mệnh giá của tất cả các hợp đồng bảo hiểm vượt quá $1,500 cho mỗi người, **hãy gửi thư** từ công ty bảo hiểm cho thấy giá trị tiền mặt hoàn trả hiện tại (đối với tất cả các hợp đồng bảo hiểm ngoại trừ các hợp đồng có thời hạn).

Tên của (các) chủ sở hữu		
Công ty bảo hiểm		
Số hợp đồng	Mệnh giá $	Loại bảo hiểm
Tên của (các) chủ sở hữu		
Công ty bảo hiểm		
Số hợp đồng	Mệnh giá $	Loại bảo hiểm

TÀI KHOẢN MÔI GIỚI CHỨNG KHOÁN (CỔ PHIẾU/TRÁI PHIẾU/KHÁC)

5. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có sở hữu bất kỳ cổ phiếu, trái phiếu, trái phiếu tiết kiệm, quỹ tương hỗ, chứng khoán, tài sản nào được giữ trong các hộp ký gửi an toàn, tiền mặt không có trong ngân hàng, quyền chọn hoặc hợp đồng trong tương lai không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, hãy điền vào phần này. Nếu **Không**, hãy chuyển đến phần tiếp theo **(NIÊN KIM)**.

Gửi bằng chứng về giá trị hiện tại (trừ tiền mặt).

	Tên(các) chủ sở hữu	Tên công ty	Số tài khoản	Giá trị hiện tại	Giá trị vào ngày nhập chương trình*	Tài sản chung?
Tiền mặt				$	$	☐ Có ☐ Không
Cổ phiếu				$	$	☐ Có ☐ Không
Trái phiếu				$	$	☐ Có ☐ Không
Trái phiếu tiết kiệm				$	$	☐ Có ☐ Không
Quỹ tương hỗ				$	$	☐ Có ☐ Không
Lựa chọn				$	$	☐ Có ☐ Không
Hợp đồng trong tương lai				$	$	☐ Có ☐ Không
Khác				$	$	☐ Có ☐ Không

* Hãy điền vào số dư tài khoản vào ngày được nhận vào cơ sở y tế.

NIÊN KIM

6. Quý vị, vợ/chồng của quý vị, hoặc người đại diện cho quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có mua hoặc bằng cách nào đó thay đổi niên kim không?
   ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, hãy điền vào phần này. Để đủ điều kiện, quý vị có thể được yêu cầu nêu tên Tiểu bang Massachusetts với tư cách là bên thụ hưởng còn lại. (Xem Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên để biết thêm thông tin.)
   Nếu **Không**, hãy chuyển sang phần tiếp theo **(TRỢ GIÚP SINH HOẠT/KHÁC)**.

Gửi bản sao hợp đồng. Đối với mỗi niên kim được sở hữu, **hãy cung cấp cho chúng tôi bằng chứng** từ công ty niên kim về toàn bộ giá trị của niên kim trừ đi bất kỳ khoản phạt và phí nào nếu có thể rút tiền mặt.

Tên của (các) chủ sở hữu	
Tên tổ chức phát hành niên kim	
Số hợp đồng	Ngày mua (tháng/ngày/năm)
Tên của (các) chủ sở hữu	
Tên tổ chức phát hành niên kim	
Số hợp đồng	Ngày mua (tháng/ngày/năm)

TRỢ GIÚP SINH HOẠT/KHÁC

7. Quý vị, vợ/chồng hoặc người đại diện cho quý vị có đặt cọc cho bất kỳ cơ sở chăm sóc y tế hoặc cơ sở điều dưỡng nội trú nào, như cơ sở trợ giúp sinh hoạt, cộng đồng hưu trí chăm sóc thường xuyên hoặc cộng đồng chăm sóc cuộc sống không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, hãy điền vào phần này. Nếu **Không**, hãy chuyển sang phần tiếp theo **(XE CỘ/NHÀ DI ĐỘNG)**.

Gửi một bản sao của hợp đồng mà quý vị đã ký với cơ sở và bất kỳ tài liệu nào về khoản tiền đặt cọc này.

Tên cơ sở	
Địa chỉ của cơ sở	
Số tiền đặt cọc $	Ngày đặt cọc cho cơ sở (tháng/ngày/năm)

XE CỘ/NHÀ DI ĐỘNG

8. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có sở hữu bất kỳ phương tiện nào, như ô tô, xe tải, xe tải, xe giải trí, nhà di động hoặc thuyền không?
   ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, hãy điền vào phần này. Nếu **Không**, hãy chuyển sang phần tiếp theo **(KẾ HOẠCH CHÔN CẤT TRẢ TRƯỚC/QUỸ TÍN THÁC)**.

Gửi một bản sao đăng ký cho mỗi xe và bằng chứng về số dư nợ vay. Đối với nhà di động, **hãy gửi một bản sao** của hóa đơn bán hàng. Nếu quý vị có vợ/chồng ở nhà, **hãy gửi bằng chứng** về giá trị thị trường hợp lý của mỗi chiếc xe kể từ ngày được nhận vào cơ sở y tế.

(Quý vị) Loại xe	Năm/hãng/kiểu xe	Giá trị thị trường hợp lý $	Số tiền còn nợ $
Địa chỉ nhà di động			
(vợ/chồng của quý vị) Loại xe	Năm/hãng/kiểu xe	Giá trị thị trường hợp lý $	Số tiền còn nợ $
Địa chỉ nhà di động			

KẾ HOẠCH CHÔN CẤT TRẢ TRƯỚC

9. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có bất kỳ hợp đồng chôn cất trả trước hoặc quỹ tín thác, bảo hiểm nhân thọ nào được lập riêng cho chi phí tang lễ và chôn cất, hoặc tài khoản ngân hàng được dành riêng cho chi phí tang lễ không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, hãy điền vào phần này. Nếu **Không**, hãy chuyển đến phần tiếp theo **(QUỸ TÍN THÁC)**.

Gửi một bản sao của hợp đồng tín thác, công cụ tín thác, hợp đồng bảo hiểm hoặc tài khoản chỉ dành cho việc chôn cất.

(Quý vị) Hợp đồng chôn cất ☐ Có (Số tiền $) ☐ Không		Quỹ tín thác cho việc chôn cất ☐ Có (Số tiền $) ☐ Không	
Bảo hiểm nhân thọ cho việc chôn cất ☐ Có (Số tiền $) ☐ Không		Tài khoản cho việc chôn cất ☐ Có (Số tiền $) ☐ Không	
Lô đất chôn cất ☐ Có ☐ Không	Công ty bảo hiểm		Số hợp đồng
Tên ngân hàng		Số tài khoản	
(vợ/chồng của quý vị) Hợp đồng chôn cất ☐ Có (Số tiền $) ☐ Không		Quỹ tín thác cho việc chôn cất ☐ Có (Số tiền $) ☐ Không	
Bảo hiểm nhân thọ cho việc chôn cất ☐ Có (Số tiền $) ☐ Không		Tài khoản cho việc chôn cất ☐ Có (Số tiền $) ☐ Không	
Lô đất chôn cất ☐ Có ☐ Không	Công ty bảo hiểm		Số hợp đồng
Tên ngân hàng		Số tài khoản	

QUỸ TÍN THÁC

10. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có phải là người cấp/nhà tài trợ, người được tín thác hoặc người thụ hưởng của bất kỳ quỹ tín thác nào không? ☐ Có ☐ Không

11. Quý vị, vợ/chồng của quý vị, hoặc người khác đại diện cho quý vị, bao gồm tòa án hoặc cơ quan hành chính, đã chuyển thu nhập hoặc tài sản thuộc sở hữu của quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị vào một quỹ tín thác chưa? ☐ Có ☐ Không

    Nếu quý vị trả lời **Có** cho bất kỳ câu hỏi nào trong số này, hãy điền vào phần này.
    Nếu quý vị trả lời **Không** cho những câu hỏi này, hãy chuyển sang **Bước 6: Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế**

Gửi một bản sao của (các) tài liệu quỹ tín thác, bất kỳ sửa đổi, tài liệu nào cho thấy hoạt động tài chính và lịch trình cho những người thụ hưởng.

Tên quỹ tín thác	Có thể hủy bỏ không? ☐ Có ☐ Không	Tiền gốc của quỹ tín thác hiện tại $
Tiền gốc của quỹ tín thác vào ngày được nhận vào cơ sở * $	(Những) người được tín thác	
Người cấp/Người tài trợ	Những người thụ hưởng	
Tên quỹ tín thác	Có thể hủy bỏ không? ☐ Có ☐ Không	Tiền gốc của quỹ tín thác hiện tại $
Tiền gốc của quỹ tín thác vào ngày được nhận vào cơ sở * $	(Những) người được tín thác	
Người cấp/Người tài trợ	Những người thụ hưởng	

*Hãy điền số tiền gốc của quỹ tín thác vào ngày được nhận vào cơ sở y tế.

BƯỚC 6 Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế

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 và các thành viên trong gia đình có đủ điều kiện tiếp tục nhận MassHealth, 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, và chung tôi có thể chia sẻ thông tin về quý vị và thành viên trong hộ gia đình với các chủ lao động và/hoặc bên cung cấp bảo hiểm y tế để xác nhận thông tin nay.

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 Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên để biết thêm thông tin.

1. Có ai được liệt kê trong đơn này được cung cấp 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 Sức Khỏe Từ Việc Làm**, và phần còn lại của đơn này.

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 (những) 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 người được bảo hiểm _____ Số Medicare _____

   Bảo hiểm bắt đầu khi nào? (tháng/ngày/năm) _____

   a. Người này có chương trình Medicare Phần D không? ☐ Có ☐ Không

      Nếu **Có**, bảo hiểm bắt đầu khi nào? (tháng/ngày/năm) _____

   b. Người này có điều khoản bổ sung Medigap/Medicare không? ☐ Có ☐ Không

      Nếu **Có**, tên của chương trình bảo hiểm _____ Bảo hiểm bắt đầu khi nào? (tháng/ngày/năm) _____

   Tên _____ Số Medicare _____

   Bảo hiểm bắt đầu khi nào? (tháng/ngày/năm) _____

   a. Người này có chương trình Medicare Phần D không? ☐ Có ☐ Không

      Nếu **Có**, bảo hiểm bắt đầu khi nào? (tháng/ngày/năm) _____

   b. Người này có điều khoản bổ sung Medigap/Medicare không? ☐ Có ☐ Không

      Nếu **Có**, tên của chương trình bảo hiểm _____ Bảo hiểm bắt đầu khi nào? (tháng/ngày/năm) _____

   Có bất kỳ người nào ở trên muốn nộp đơn xin trợ giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, nêu tên _____

Nếu quý vị đánh dấu vào bất kỳ chương trình nào sau đây, hãy cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.

- ☐ Đủ điều kiện nhận **Peace Corps**
- ☐ Đủ điều kiện nhận **TRICARE** (Không đánh chọn nếu quý vị có chăm sóc trực tiếp hay đang thi hành nhiệm vụ.)
- ☐ Đã ghi danh vào các **Chương trình y tế của Cựu chiến binh (VA)**
- ☐ **MassHealth**
- ☐ **Các loại bảo hiểm khác** (bao gồm COBRA và các chương trình bảo hiểm y tế cho người về hưu)

Tên(các) thành viên hộ gia đình được bảo hiểm

Số hợp đồng hoặc Mã số thành viên	Ngày bắt đầu và ngày kết thúc? (tháng/ngày/năm)

☐ Đã đăng ký bảo hiểm từ công ty đang làm việc. Nếu bất kỳ ai trong đơn này đã đăng ký nhận bảo hiểm từ công ty đang làm việc, quý vị phải hoàn thành và đính kèm **Phần Bổ Sung A: Bảo Hiểm Sức Khỏe Từ Việc Làm**.

Tên công ty	Tên chương trình

Tên(các) thành viên hộ gia đình được bảo hiểm

Số hợp đồng hoặc Mã số thành viên	Ngày bắt đầu và ngày kết thúc? (tháng/ngày/năm)

BƯỚC 7 Tài khoản Hoàn Trả Tiền Chi Cho Y Tế (Health Reimbursement Arrangements)

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

(Các) Tên của cá nhân	Ngày sinh

Tên Công Ty Đang Làm Việc

ID Thuế Liên Bang

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

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

Nếu quý vị có Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement (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

ID Thuế Liên Bang

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

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

Nếu quý vị có Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement (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 8 Các Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân

Đối với những người từ 65 tuổi trở lên sẽ không ở trong cơ sở chăm sóc dài hạn

Để biết thêm thông tin về các dịch vụ chăm sóc cá nhân (PCA) và việc điền vào phần PCA này có thể ảnh hưởng như thế nào đến cách chúng tôi quyết định xem quý vị có thể nhận MassHealth nếu quý vị thực sự cần dịch vụ PCA, hãy đọc phần PCA trong Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên đính kèm.

1. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có cần dịch vụ của một nhân viên chăm sóc cá nhân không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, hãy điền vào phần này và trả lời tất cả các câu hỏi. Nếu **Không**, hãy chuyển sang **BƯỚC 10: Đọc và ký vào đơn xin này**.

2. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có nhận được dịch vụ của nhân viên chăm sóc cá nhân **do MassHealth chi trả** trong vòng sáu tháng qua không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, chuyển sang **BƯỚC 10: Đọc và ký vào đơn xin này**. Nếu **Không**, hãy trả lời các câu hỏi sau trong phần này.

3. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có bị khuyết tật vĩnh viễn hoặc kéo dài không? Quý vị ☐ Có ☐ Không vợ/chồng ☐ Có ☐ Không

   a. Nếu **Có**, tình trạng khuyết tật của quý vị (hoặc vợ/chồng của quý vị) có khiến quý vị (hoặc vợ/chồng của quý vị) không thể thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của quý vị (hoặc vợ/chồng của quý vị), như tắm rửa, ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, v.v., trừ khi ai đó giúp quý vị (hoặcvợ/chồng của quý vị) không? Quý vị ☐ Có ☐ Không vợ/chồng ☐ Có ☐ Không

   b. Nếu **Có**, quý vị (hoặc vợ/chồng của quý vị) có kế hoạch liên lạc với cơ quan quản lý chăm sóc cá nhân (PCM) của MassHealth để yêu cầu dịch vụ chăm sóc cá nhân không? Quý vị ☐ Có ☐ Không vợ/chồng ☐ Có ☐ Không

Lưu ý: Quý vị phải liên lạc với cơ quan PCM trong vòng 90 ngày kể từ ngày MassHealth quyết định quý vị đủ điều kiện nhận MassHealth hoặc quý vị sẽ không thể hưởng lợi từ các quy định đặc biệt của PCA.

MassHealth có thể không trả tiền cho một số thành viên nhất định trong gia đình quý vị để trở thành nhân viên chăm sóc cá nhân của quý vị.

Mỗi vợ/chồng trả lời "Có" cho tất cả các phần của Câu hỏi 3 ở trên phải điền vào Phần Bổ Sung C: Nhân Viên Chăm Sóc Cá Nhân của riêng họ. Một bản sao được đính kèm. Nếu quý vị cần một bản sao thứ hai, hãy gọi Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng MassHealth theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. Nếu quý vị (hoặc vợ/chồng của quý vị) không gửi cho chúng tôi (các) phần bổ sung PCA đã điền của quý vị, chúng tôi sẽ xác định tính đủ điều kiện MassHealth của quý vị như thể quý vị không cần dịch vụ PCA.

BƯỚC 9 Bảo Hiểm (*Tùy Chọn*) Bổ Sung – Dành cho người đã kết hôn dưới 65 tuổi

Chỉ điền vào phần này nếu quý vị đã kết hôn và sống với vợ/chồng của mình. Một vợ/chồng nộp đơn phải dưới 65 tuổi, không có con dưới 19 tuổi trong hộ gia đình. Trả lời những câu hỏi này cho vợ/chồng dưới 65 tuổi.

Nếu phần này áp dụng cho quý vị và quý vị muốn biết thêm thông tin về tiêu chuẩn thu nhập và các thông tin khác có thể áp dụng, hãy gọi cho chúng tôi để nhận Cẩm Nang Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. Nếu phần này không áp dụng, hãy chuyển sang **Bước 10: Đọc và ký vào đơn xin này**.

UNG THƯ VÚ HOẶC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG *(KHÔNG BẮT BUỘC)* (Chỉ dành cho người dưới 65 tuổi.)

1. Quý vị có bị ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung không? ☐ Có ☐ Không
   MassHealth có các quy định bảo hiểm đặc biệt cho những người cần điều trị ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung.

   Tên: _____

THÔNG TIN VỀ HIV *(KHÔNG BẮT BUỘC)* (Chỉ dành cho người dưới 65 tuổi.)

2. Quý vị có bị dương tính với HIV không? ☐ Có ☐ Không
   Nếu quý vị bị HIV dương tính, quý vị có thể đủ điều kiện nhận thêm dịch vụ bảo hiểm hoặc phúc lợi.

   Tên: _____

BƯỚC 10 Đọc và ký vào đơn xin này.

DÀNH CHO NGƯỜI NỘP ĐƠN XIN MASSHEALTH VÀ HEALTH CONNECTOR

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

1. MassHealth có thể yêu cầu những người đủ điều kiện ghi danh tham gia bảo hiểm y tế do công ty đang làm việc tài trợ nếu bảo hiểm đó đáp ứng được các tiêu chí giúp trả phí bảo hiểm của MassHealth.
2. Công ty đang làm việc của những cá nhân đủ điều kiện có thể được thông báo và nhận hóa đơn theo quy định của MassHealth đối với bất kỳ dịch vụ nào mà bệnh viện hoặc trung tâm y tế cộng đồng cung cấp cho những người đó do Health Safety Net chi trả.
3. Tôi có thể phải trả phí bảo hiểm sức khỏe cho bản thân và những người khác được liệt kê trong đơn này. Không trả bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào đến hạn có thể dẫn đến việc tiểu bang khấu trừ số tiền còn nợ từ tiền hoàn thuế của những người có trách nhiệm chi trả. Nếu tôi là một người Mỹ bản địa hoặc người bản địa Alaska, tôi có thể không phải trả phí bảo hiểm cho MassHealth.
4. MassHealth có quyền truy thu tiền từ bên thứ ba, có thể có nghĩa vụ trả cho các dịch vụ y tế được cung cấp cho những cá nhân đủ điều kiện tham gia các chương trình của MassHealth. Các bên thứ ba này có thể bao gồm các công ty bảo hiểm sức khỏe khác, vợ/chồng, cha mẹ có nghĩa vụ trả tiền y tế hoặc các cá nhân có nghĩa vụ trả tiền bồi thường do tai nạn. Những người đủ điều kiện phải hợp tác với MassHealth trong việc thiết lập sự trợ giúp và nhận các khoản tiền của bên thứ ba cho chính họ và bất kỳ ai mà họ có thể chuyển nhượng các quyền một cách hợp pháp. Những người đủ điều kiện có thể được miễn nghĩa vụ này nếu báo với MassHealth rằng họ tin việc hợp tác có thể gây tổn hại cho họ hoặc bất kỳ ai mà họ có thể chuyển nhượng các quyền một cách hợp pháp.
5. Cha mẹ và/hoặc người giám hộ của trẻ vị thành niên phải đồng ý hợp tác với tiểu bang để thu chi phí y tế từ người cha/mẹ vắng mặt trừ khi họ tin và báo với MassHealth rằng sự hợp tác sẽ gây hại cho chính đứa trẻ hoặc cha/mẹ hoặc người giám hộ.
6. Những người đủ điều kiện bị thương trong một tai nạn, hoặc theo một cách nào đó, và nhận được tiền từ bên thứ ba do tai nạn hoặc thương tích đó gây ra phải sử dụng số tiền này để hoàn trả MassHealth hoặc Health Safety Net cho một số dịch vụ được cung cấp.
7. Những người đủ điều kiện phải thông báo cho MassHealth hoặc Health Safety Net bằng văn bản, trong vòng 10 ngày theo lịch, hoặc càng sớm càng tốt, về bất kỳ yêu cầu bồi thường bảo hiểm hoặc vụ kiện nào được đệ trình vì tai nạn hoặc thương tích.
8. Tình trạng của đơn này có thể được chia sẻ với bệnh viện, trung tâm y tế cộng đồng, nhà cung cấp dịch vụ y tế khác hoặc các cơ quan liên bang hoặc tiểu bang khi cần thiết cho việc điều trị, chi trả, vận hành hoặc quản lý các chương trình được liệt kê ở trên.

9. Trong phạm vi pháp luật cho phép, sau khi thông báo và có cơ hội kháng cáo, MassHealth có thể áp dụng quyền giữ thế chấp bất kỳ bất động sản nào thuộc sở hữu của các thành viên MassHealth đủ điều kiện hoặc trong đó thành viên có quyền lợi hợp pháp. Nếu cá nhân đang được chăm sóc dài hạn tại một cơ sở điều dưỡng hoặc 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 đang, hoặc bất kỳ người đủ điều kiện nào thuộc mọi độ tuổi mà MassHealth giúp chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn trong một cơ sở điều dưỡng hoặc một cơ sở y tế khác, MassHealth sẽ truy thu tiền cho toàn bộ chi phí chăm sóc từ tài sản để lại của người đủ điều kiện sau khi chết. Để biết thêm thông tin về việc truy thu tài sản để lại, hãy truy cập mass.gov/EstateRecovery.

11. 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 bất kỳ thay đổi nào về thu nhập hoặc việc làm của họ hoặc của hộ gia đình, quy mô hộ gia đình, bảo hiểm y tế, phí bảo hiểm y tế và tình trạng nhập cư, hoặc những thay đổi về bất kỳ thông tin nào khác trong đơn này và bất kỳ phần bổ sung nào trong vòng 10 ngày theo lịch kể từ khi biết về sự thay đổi. Những người đủ điều kiện có thể 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 online 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 làm việc hiện tại cũng như 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 tình dục, bản dạng giới hoặc khuyết tật. Tôi có thể nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử bằng cách vào trang hhs.gov/ocr/complaint/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 (APTC) và/hoặc ConnectorCare, những khoản chi trả này sẽ được trả trực tiếp cho (các) hãng bảo hiểm mà tôi đã chọn. Việc nhận APTC và/hoặc ConnectorCare có thể ảnh hưởng đến nghĩa vụ thuế 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 đã nhận được từ nguồn dữ liệu đáng tin cậy. Tôi cũng đồng ý rằng MassHealth có thể sử dụng cùng thông tin đó để liên lạc với tôi để phân phối thông tin liên quan đến các phúc lợi y tế và phúc lợi khác mà tôi có thể đủ điều kiện nhận. Các cuộc gọi và tin nhắn này có thể được thực hiện bằng công nghệ tự động, chẳng hạn như là 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 cho MassHealth nhận, sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của tôi vì mục đích điều phối các phúc lợi liên quan đến sức khỏe y tế khác mà tôi có thể hội đủ điều kiện nhận.

19. Tôi đã đọc hoặc đã đọc cho tôi thông tin về đơn xin này, bao gồm mọi phần bổ sung và hướng dẫn. Tôi hiểu rằng Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên có 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 đây

    - Cung cấp thông tin cá nhân về họ, bao gồm thông tin sức khỏe, bảo hiểm sức khỏe và thu nhập, xem những thông tin đó vì do Massachusetts Health Connector, MassHealth và Health Safety Net cung cấp, đồng thời thay mặt họ đồng ý sử dụng và tiết lộ thông tin như được mô tả trong đơn xin 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 xét tính đủ điều kiện liên quan và cung cấp thông tin về mọi thay đổi trong hoàn cảnh của họ
    - Thay mặt họ đồng ý sử dụng các nguồn của chính phủ và tư nhân để xác minh thông tin như được mô tả trong đơn xin 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 xin này như được giải thích trong Bước 10.

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 ai có hoặc có thể nhận bảo hiểm y tế cho ai trong hộ gia đình với hồ sơ của các cơ quan chính phủ 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 sự hiểu biết 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 SSN hoặc cần trợ giúp để có được SSN, 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, tham khảo Hướng Dẫn Về Bảo Hiểm Y Tế Cho Người Cao Niên.

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 Cơ quan Trợ giúp 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. 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 xin này nếu:

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

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

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

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

Tôi hiểu rằng:

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

Tôi cũng hiểu rằng:

- DTA sẽ xác minh thông tin tôi cung cấp trong đơn của mình. Nếu bất kỳ thông tin nào là giả mạo, DTA có thể từ chối cấp trợ cấp SNAP cho tôi.
- Tôi cũng có thể bị truy tố hình sự vì cung cấp thông tin giả mạo.
- Nếu DTA nhận được thông tin đáng tin cậy về một sự thay đổi trong hộ gia đình của tôi, số tiền trợ cấp của tôi có thể thay đổi.
- Bằng cách ký vào mẫu đơn này, tôi cho phép DTA xác minh tính đủ điều kiện để hưởng các 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 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 xin 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 chính phủ 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 phí dịch vụ tiện ích. Các công ty không thể chia sẻ thông tin của tôi hoặc sử dụng nó cho bất kỳ mục đích nào khác.
- Bộ Gia cư và Phát triển Cộng đồng (Department of Housing and Community Development) để ghi danh tôi vào Chương trình Heat & Eat. Chương trình này giúp mọi người nhận được nhiều trợ cấp SNAP nhất có thể.
- The 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.

- 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 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 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 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 Nghề Nghiệp

Tôi đồng ý cho DTA chia sẻ tên và thông tin liên lạc của tôi cùng với bên cung cấp nghề nghiệp và đào tạo, bao gồm:

- Bên cung cấp SNAP Path to Work hoặc chuyên viên DTA dành cho người nhận SNAP; và
- Bên cung cấp nhà thầu Nghề Nghiệp và Đào Tạo hoặc Công nhân Tiếp cận Toàn diện dành cho người nhận TAFDC.

Người nhận SNAP có thể tình nguyện tham gia vào các dịch vụ đào tạo và huấn luyện nghề nghiệp qua chương trình SNAP Path to Work.

Cơ Hội Việc Làm

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

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

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

Tình trạng Công dân

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

Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)

Tôi hiểu rằng:

- DTA quản lý chương trình SNAP ở Massachusetts.
- Khi tôi nộp đơn với DTA (qua điện thoại, trực tuyến, gặp trực tiếp hoặc qua thư hoặc fax), DTA có 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn của tôi để quyết định xem tôi có đủ điều kiện hay không.
  - Nếu tôi đủ điều kiện nhận SNAP cấp 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 phúc 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 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 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 của tôi, bao gồm cả tôi, người 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 định việc làm của SNAP hoặc quy định 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.
- Quý vị phải 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 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 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 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 bên trên, người đó sẽ không đủ điều kiện để được nhận trợ cấp SNAP một năm sau lần vi phạm đầu tiên, hai năm sau lần vi phạm thứ hai và vĩnh viễn sau lần vi phạm thứ ba. Người đó cũng có thể bị phạt tiền tối đa là $250,000, phạt tù tới mức tối đa 20 năm hoặc cả hai. Họ cũng có thể bị truy tố theo luật Liên bang và Tiểu bang.

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

- Vi phạm chương trình tiền mặt theo Hành vi Cố ý Vi phạm Chương trình (IPV), họ sẽ không đủ điều kiện nhận SNAP

trong cùng khoảng thời gian mà họ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tiền mặt.

- Khai man về lý lịch hoặc nơi cư trú để được nhận nhiều khoản trợ cấp SNAP cùng một lúc, họ sẽ không được nhận trợ cấp SNAP trong mười năm.
- Trao đổi (mua hay bán) trợ cấp SNAP để lấy chất kích thích bất hợp pháp/chất bị kiểm soát, họ sẽ không được nhận SNAP trong hai năm đối với lần đầu bị phát hiện, và vĩnh viễn khi bị phát hiện lần thứ hai.
- Trao đổi (mua hoặc bán) trợ cấp SNAP lấy súng ống, đạn dược hoặc chất nổ, họ sẽ không được nhận SNAP mãi mãi.
- Đưa ra đề nghị bán các trợ cấp SNAP hoặc thẻ EBT trên mạng hoặc trực tiếp, Tiểu bang có thể truy cứu IPV chống lại họ.
- Trả 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.
- 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.gov.

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

Giấy Đăng ký Cử tri

Mẫu đơn đăng ký bầu cử được đính kèm trong đơn xin 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 đơn, vui lòng đến Trung tâm Ghi danh MassHealth tại địa phương hoặc gọi cho Trung tâm Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng MassHealth theo số (800) 841-2900. TDD/TTY: 711.

Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến số tiền hỗ trợ mà quý vị sẽ được 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
One Ashburton Place
Room 1705
Boston, MA 02108
Điện thoại: (617) 727-2828 hoặc (800) 462-8683.

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

NẾU KHÔNG ĐÁNH VÀO Ô NÀO, COI NHƯ QUÝ VỊ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BẦU CỬ TẠI THỜI ĐIỂM NÀY.

Ký vào đơn này - Bắt buộc.

Khi ký tên vào đơn xin sau đây, tôi xin xác nhận chịu hình phạt nếu khai man rằng những nội dung tôi gửi và tuyên bố trong đơn xin 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 xin Chương trình Trợ cấp Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP) trên trang 1 của đơn xin này, tôi xác nhận rằng tôi hiểu và đồng ý với các quyền, quy định 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 người nộp đơn MassHealth và Health Connector

Nếu quý vị đang gửi đơn xin này với tư cách là đại diện được ủy quyền, quý vị phải gửi Mẫu đơn Chỉ định Đại diện được ủy quyền (ARD) cho chúng tôi hoặc có đơn này trong hồ sơ để chúng tôi xử lý đơn xin này. Mẫu đơn ARD có sẵn ở cuối đơn xin này.

Chữ ký của Người thứ 1 hoặc người đại diện hoặc bên chịu trách nhiệm	Ghi Họ tên Tháng/Ngày/Năm

Nếu dưới 18 tuổi, quý vị có phải là trẻ vị thành niên được thoát quyền 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	
Số an sinh xã hội	Mối quan hệ với quý vị	Ngày sinh	
Địa chỉ đường		Số Căn hộ (Apartment/Unit #)	
Thành phố	Tiểu bang	Zip code	Quận
Số điện thoại	Số máy lẻ.	Loại điện thoại	
Điện thoại thứ hai	Ext.	Loại điện thoại	
Địa chỉ email			

Gửi cho chúng tôi đơn xin đã hoàn tất của quý vị.

Gửi thư hoặc **gửi fax** đơn đã điền, có chữ ký của quý vị đến

MassHealth Enrollment Center
PO Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214
Fax: (617) 887-8799

Hãy đến Trung tâm Ghi danh MassHealth (MEC).

Để nộp đơn trực tiếp hoặc đặt lịch hẹn với đại diện của MassHealth, hãy vào trang web **www.mass.gov/masshealth/appointment**.

PHẦN BỔ SUNG A Các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn

- Quý vị có cần các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ dài hạn trong một **loại cơ sở điều dưỡng**? ☐ Có ☐ Không
  Nếu **Có**, quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi và điền vào tất cả các phần của phần bổ sung này.
- Quý vị có nộp đơn xin hoặc nhận các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ dài hạn tại nhà theo Chương trình **Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Gia và Tại Cộng Đồng (HCBS) không**? ☐ Có ☐ Không
  Nếu **Có**, quý vị cần điền vào mục "**Chuyển Nguồn Tài Nguyên**" ("Resource Transfers") và "**Bảo Hiểm Chăm Sóc Dài Hạn** (Long–Term Care Insurance)."
- Quý vị có đang nộp đơn xin hoặc nhận các dịch vụ và hỗ trợ chăm sóc dài hạn thông qua **Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Niên (PACE) không**? ☐ Có ☐ Không
  Nếu **Có**, quý vị cần điền vào mục "**Chuyển Nguồn Tài Nguyên**" ("Resource Transfers") và "**Bảo Hiểm Chăm Sóc Dài Hạn** (Long–Term Care Insurance)."

Vui lòng viết rõ ràng. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để hoàn tất bất kỳ mục nào, vui lòng sử dụng một tờ giấy riêng (trên đó có ghi tên và số an sinh xã hội của quý vị) và đính kèm vào phần bổ sung này.

Thông Tin Người Nộp Đơn/Thành Viên

Họ, tên, viết tắt tên đệm	Số an sinh xã hội

Tên và địa chỉ của bệnh viện, cơ sở điều dưỡng hoặc cơ sở khác

Ngày được nhận vào cơ sở (tháng/ngày/năm)	Quý vị có được đưa vào đây bởi một tiểu bang khác không? ☐ Có ☐ Không Nếu **Có**, xin nêu tên tiểu bang?

1. Quý vị có phải trả chi phí bảo hộ cho người bảo hộ do tòa chỉ định không? ☐ Có ☐ Không

Chi phí sinh hoạt của người vợ/chồng và các thành viên gia đình cư ngụ trong nhà
(Không hoàn tất phần này nếu quý vị đang nộp đơn xin Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Gia và Tại Cộng Đồng hoặc PACE.)

Người vợ/chồng cư ngụ trong nhà cùng quý vị có thể giữ lại một phần thu nhập của quý vị. Điền vào các thông tin sau đây về chi phí sinh hoạt hiện tại của người vợ/chồng của quý vị. **Nếu quý vị không có người vợ/chồng**, hãy chuyển sang phần tiếp theo **(Chuyển Nguồn Tài Nguyên).**

Gửi bằng chứng về chi phí sinh hoạt hiện tại của vợ/chồng của quý vị.

Họ, tên, viết tắt tên đệm của vợ/chồng quý vị	Số an sinh xã hội

2. Vợ/chồng của quý vị trả bao nhiêu mỗi tháng cho:
   Tiền thuê nhà? _____ Khoản vay thế chấp (gốc và lãi)? _____
   Bảo hiểm của chủ nhà/người thuê nhà? _____ Thuế bất động sản? _____
   Phí bảo trì cần thiết cho một căn nhà condo hoặc nhà ở hợp tác co-op? _____
   Chi phí ăn ở tại một nơi cư ngụ có dịch vụ trợ giúp y tế?_____
3. Vợ/chồng của quý vị có trả tiền phí mở máy sưởi ấm không? ☐ Có ☐ Không
4. Vợ/chồng của quý vị có trả tiền cho các tiện ích không? ☐ Có ☐ Không
5. Có đứa trẻ, cha mẹ, anh chị em nào sống với vợ/chồng của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, hãy điền vào phần này. Nếu **Không**, hãy chuyển đến phần tiếp theo **(Chuyển Nguồn Tài Nguyên)**.

   Gửi bằng chứng về thu nhập hằng tháng của họ trước khi khấu trừ. Một khoản khấu trừ có thể được cho phép đối với các nhu cầu bảo trì của họ. Những người này phải có quan hệ ruột thịt với quý vị hoặc là vợ/chồng của quý vị, và một trong hai quý vị phải khai họ là người phụ thuộc trong tờ khai thuế thu nhập liên bang của quý vị.

Tên		Số an sinh xã hội
Mối quan hệ	**Ngày sinh (tháng/ngày/năm)**	**Thu nhập hằng tháng trước khi khấu trừ $**
Tên		**Số an sinh xã hội**
Mối quan hệ	**Ngày sinh (tháng/ngày/năm)**	**Thu nhập hằng tháng trước khi khấu trừ $**

Chuyển Nguồn Tài Nguyên (nguồn tài nguyên bao gồm cả thu nhập và tài sản)

6. Trong 60 tháng qua:

   a. Có bất kỳ tài sản nào có sẵn hoặc thuộc về bạn hoặc vợ/chồng của bạn đã được chuyển vào hoặc chuyển ra khỏi quỹ tín thác? ☐ Có ☐ Không

   b. Quý vị, vợ/chồng của quý vị, hoặc người thay mặt quý vị có chuyển thu nhập hay quyền hưởng thu nhập không? ☐ Có ☐ Không

   c. Quý vị, vợ/chồng của quý vị, hoặc ai đó thay mặt quý vị chuyển nhượng, thay đổi quyền sở hữu, cho đi, hoặc bán bất kỳ tài sản nào, bao gồm nhà hoặc bất động sản khác của quý vị? ☐ Có ☐ Không

   d. Quý vị, vợ/chồng của quý vị hoặc người thay mặt quý vị có thay đổi chứng thư hoặc quyền sở hữu bất kỳ bất động sản nào, bao gồm cả việc tạo một bất động sản trọn đời, ngay cả khi bất động sản trọn đời này được mua tại nơi cư trú của một người khác không? ☐ Có ☐ Không

   e. Nếu quý vị mua một bất động sản trọn đời tại nhà của một người khác, quý vị có sống trong ngôi nhà đó ít nhất một năm sau khi quý vị mua bất động sản trọn đời này không? ☐ Có ☐ Không

   f. Quý vị, vợ/chồng của quý vị hoặc người thay mặt quý vị có thêm một tên nào khác vào chứng thư của bất kỳ tài sản nào mà quý vị đang sở hữu không? ☐ Có ☐ Không

   g. Quý vị, vợ/chồng của quý vị hoặc người thay mặt quý vị có nhận hoặc cho bất kỳ ai một khoản thế chấp, khoản vay hoặc giấy hẹn trả tiền trên bất kỳ bất động sản hoặc tài sản nào khác không? ☐ Có ☐ Không

   h. Quý vị, vợ/chồng của quý vị, hoặc người thay mặt quý vị có mua hoặc bằng cách nào đó thay đổi niên kim không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu quý vị trả lời có cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên, quý vị phải điền vào những mục sau đây và **gửi cho chúng tôi bằng chứng** về các thông tin này.

Mô tả tài sản/thu nhập		Ngày chuyển nhượng (tháng/ngày/năm)
Đã chuyển cho người mà	Mối quan hệ với quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị	Số tiền chuyển $
Mô tả tài sản/thu nhập		Ngày chuyển nhượng (tháng/ngày/năm)
Đã chuyển cho người mà	Mối quan hệ với quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị	Số tiền chuyển $
Mô tả tài sản/thu nhập		Ngày chuyển nhượng (tháng/ngày/năm)
Đã chuyển cho người mà	Mối quan hệ với quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị	Số tiền chuyển $

7. Quý vị, vợ/chồng của quý vị hoặc người thay mặt quý vị có đặt cọc cho bất kỳ cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc cơ sở nội trú nào, như một cơ sở có dịch vụ trợ giúp, cộng đồng hưu trí chăm sóc thường xuyên hoặc cộng đồng chăm sóc đời sống người cao niên không? ☐ Có ☐ Không

   Nếu **Có**, hãy cho chúng tôi biết tên và địa chỉ của cơ sở, số tiền đặt cọc, trả lời các câu hỏi sau và **gửi cho chúng tôi một bản sao** của hợp đồng quý vị đã ký với cơ sở và bất kỳ tài liệu nào liên quan đến khoản tiền đặt cọc này.

   Tên cơ sở _____

   Địa chỉ của cơ sở _____ Số tiền $ _____

   a. Cơ sở có còn giữ tiền đặt cọc không? ☐ Có ☐ Không

   b. Cơ sở có trả lại tiền đặt cọc không? ☐ Có ☐ Không

      Nếu **Có**, hãy cho chúng tôi tên và địa chỉ của người nhận tiền đặt cọc từ cơ sở.

      Tên người nhận _____

      Địa chỉ _____

Bất động sản

Câu trả lời cho các câu hỏi sau đây sẽ được sử dụng để quyết định xem: (1) bất động sản của quý vị sẽ được tính là một tài sản; hoặc (2) một quyền thế chấp sẽ được đặt lên bất động sản của quý vị.

Lưu ý: Nếu phần vốn chủ sở hữu tại nơi cư trú chính của quý vị vượt quá một giới hạn nhất định, quý vị có thể không đủ điều kiện để nhận thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc dài hạn, trừ khi một số điều kiện nhất định được đáp ứng.

8. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có sở hữu hoặc có lợi ích hợp pháp đối với căn nhà của quý vị, bao gồm cả tài sản trọn đời không?
☐ Có ☐ Không

Nếu **Có**, hãy điền những thông tin sau và trả lời từ câu hỏi số 9 đến số 15. Nếu **Không**, chỉ trả lời câu hỏi số 15.

Tên và địa chỉ của (những) người trên giấy tờ sở hữu _____

_____

Mô tả và địa chỉ của vị trí bất động sản _____

_____

Loại quyền sở hữu (Đánh dấu một ô.)

☐ Sở hữu cá nhân *(Giá trị thị trường hợp lý)*$ _____ ☐ Sở hữu chung *(Giá trị thị trường hợp lý)* $ _____

☐ Đồng sở hữu *(Giá trị thị trường hợp lý)* $ _____ ☐ Bất động sản trọn đời *(Giá trị thị trường hợp lý)* $ _____

Tên và địa chỉ của (những) người trên giấy tờ sở hữu _____

_____

Mô tả và địa chỉ của vị trí bất động sản _____

_____

Loại quyền sở hữu (Đánh dấu một ô.)

☐ Sở hữu cá nhân *(Giá trị thị trường hợp lý)*$ _____ ☐ Sở hữu chung *(Giá trị thị trường hợp lý)* $ _____

☐ Đồng sở hữu *(Giá trị thị trường hợp lý)* $ _____ ☐ Bất động sản trọn đời *(Giá trị thị trường hợp lý)* $ _____

9. Quý vị có vợ/chồng không? ☐ Có ☐ Không. Nếu **Có**, hãy điền vào phần này.

Tên _____ Người này có sống trong nhà của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

10. Quý vị có một đứa trẻ vĩnh viễn và hoàn toàn bị khuyết tật hoặc bị mù? ☐ Có ☐ Không. Nếu **Có**, hãy điền vào phần này.

Tên _____ Người này có sống trong nhà của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

11. Quý vị có một đứa trẻ dưới 21 tuổi không? ☐ Có ☐ Không. Nếu **Có**, hãy điền vào phần này.

Tên _____ Ngày sinh (tháng/ngày/năm) _____ Người này có sống trong nhà quý vị không? ☐ Có ☐ Không

12. Quý vị có anh chị em có quyền lợi hợp pháp đối với ngôi nhà và đã từng sống tại đây ít nhất một năm ngay trước khi quý vị được nhận vào cơ sở y tế không? ☐ Có ☐ Không. Nếu **Có**, hãy điền vào phần này.

Tên _____ Người này có sống trong nhà của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

13. Quý vị có con đã sống trong nhà ít nhất hai năm qua trước khi quý vị được nhận vào cơ sở y tế và đã chăm sóc cho quý vị để quý vị có thể sống trong ngôi nhà này không? ☐ Có ☐ Không. Nếu **Có**, hãy điền vào phần này.

Tên _____ Người này có sống trong nhà của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

14. Quý vị có người thân phụ thuộc không? ☐ Có ☐ Không. Nếu **Có**, hãy điền vào phần này.

Tên _____ Người này có sống trong nhà của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Mô tả mối quan hệ và bản chất của sự phụ thuộc: _____

_____

15. Quý vị có dự định trở về nhà không? ☐ Có ☐ Không
(Không trả lời câu hỏi này nếu quý vị đang nộp đơn xin Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Gia và Tại Cộng Đồng.)

16. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có sở hữu hoặc có quyền lợi hợp pháp đối với các bất động sản **khác** không được liệt kê trong câu hỏi số 8 ở trên không? ☐ Có ☐ Không

Nếu **Có**, vui lòng mô tả các bất động sản này và liệt kê địa chỉ bên dưới.

_____

_____

_____

Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, xin vui lòng sử dụng một tờ giấy riêng biệt.

Bảo Hiểm Chăm Sóc Dài Hạn

17. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có bảo hiểm chăm sóc dài hạn không? ☐ Có ☐ Không

Nếu **Có**, hãy điền vào phần này. Nếu **Không**, hãy chuyển đến phần tiếp theo (**Tờ Khai Thuế**)**.**

Gửi một bản sao hợp đồng bảo hiểm.

Tên công ty/Số hợp đồng		
Tên chủ hợp đồng	Ngày có hiệu lực (tháng/ngày/năm)	Phí bảo hiểm $
Tên công ty/Số hợp đồng		
Tên chủ hợp đồng	Ngày có hiệu lực (tháng/ngày/năm)	Phí bảo hiểm $

Tờ Khai Thuế

18. Quý vị hoặc vợ/chồng của quý vị có nộp tờ khai thuế thu nhập tại Hoa Kỳ trong hai năm qua không? (Đánh dấu một ô.)

☐ Có, cả hai năm ☐ Có, một trong những năm này ☐ Không, không phải năm

Nếu có, quý vị phải **gửi bản sao** của các tờ khai này. Nếu quý vị không giữ bản sao của một hoặc nhiều tờ khai thuế này, **quý vị phải gửi Mẫu Đơn 4506 của IRS đã điền và ký tên**. Mẫu đơn 4506 được đính kèm ở cuối đơn này.

KÝ VÀO PHỤ LỤC NÀY.

Khi ký tên vào phụ lục dưới đây, tôi xin xác nhận chịu hình phạt nếu khai man rằng những đệ trình và tuyên bố tôi đã gửi trong phụ lục 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 bên trên.

Quan trọng: Nếu quý vị nộp phụ lục này với tư cách là đại diện được ủy quyền, quý vị phải gửi Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) cho chúng tôi để chúng tôi xử lý đơn xin này. Điều quan trọng là phải hoàn thành mẫu đơn này vì đây là cách duy nhất chúng tôi có thể nói chuyện với quý vị về đơn xin này.

Chữ ký của người nộp đơn/thành viên hoặc người đại diện được ủy quyền	Ghi tên rõ ràng	Ngày

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 tiền chia sẻ chi phí 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.

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

AI/AN Người thứ 1

1. Tên (tên, tên đệm, họ)

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

3. Thành viên của một bộ lạc được Massachusetts công nhận?
   ☐ Có ☐ Không
   Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc
   _____

4. Người này đã bao giờ nhận được dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa, các chương trình sức khỏe bộ lạc hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này chưa?
   ☐ Có ☐ Không
   Nếu chọn **Không**, người này có đủ điều kiện để nhận các dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa, các chương trình sức khỏe bộ lạc hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này không?
   ☐ Có ☐ Không

5. Một số tiền nhận được có thể không được tính cho MassHealth. Liệt kê bất kỳ thu nhập nào (số tiền và tần suất) được báo cáo trong đơn đăng ký của quý vị bao gồm tiền từ 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 thứ 2

1. Tên (tên, tên đệm, họ)

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

3. Thành viên của một bộ lạc được Massachusetts công nhận?
   ☐ Có ☐ Không
   Nếu chọn **Có**, điền tên bộ lạc
   _____

4. Người này đã bao giờ nhận được dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa, các chương trình sức khỏe bộ lạc hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này chưa?
   ☐ Có ☐ Không
   Nếu chọn **Không**, người này có đủ điều kiện để nhận các dịch vụ từ Dịch vụ Y tế Người Bản địa, các chương trình sức khỏe bộ lạc hoặc các chương trình Sức khỏe của Người Bản địa Đô thị, hoặc thông qua sự giới thiệu từ một trong những chương trình này không?
   ☐ Có ☐ Không

5. Một số tiền nhận được có thể không được tính cho MassHealth. Liệt kê bất kỳ thu nhập nào (số tiền và tần suất) được báo cáo trong đơn đăng ký của quý vị bao gồm tiền từ 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? _____

PHẦN BỔ SUNG C Nhân viên chăm sóc cá nhân

Vui lòng viết rõ ràng. Điền vào tất cả các mục. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để hoàn tất bất kỳ mục nào, vui lòng sử dụng một tờ giấy riêng (trên đó có ghi tên và số an sinh xã hội của quý vị) và đính kèm vào phần bổ sung này.

Gửi đến: Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

Hoặc Fax đến số: (857) 323-8300

Thông Tin Người Nộp Đơn/Thành Viên

Họ	Tên	Tên đệm viết tắt	Số điện thoại ( )
Số an sinh xã hội	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)		Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ
Địa chỉ đường	Thành phố	Tiểu bang	Zip code

Thông tin về các vấn đề sức khỏe của quý vị

Liệt kê và mô tả dưới đây tất cả các vấn đề sức khỏe y tế và tâm thần của quý vị. Bao gồm bất cứ điều gì khiến quý vị khó thực hiện các sinh hoạt hàng ngày, như tắm, ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, v.v., ngay cả khi quý vị không được điều trị cho vấn đề này.

1. _____
2. _____
3. _____

Thông tin về các sinh hoạt hàng ngày mà quý vị cần trợ giúp về thể chất (trực tiếp)

Vui lòng cho chúng tôi biết trong biểu đồ dưới đây nếu quý vị cần sự giúp đỡ trực tiếp từ người khác để thực hiện các sinh hoạt hàng ngày sau đây. Nếu quý vị chọn **Có** cho bất kỳ mục nào dưới đây, hãy cho chúng tôi biết tần suất quý vị cần trợ giúp.

Sinh hoạt hàng ngày	Quý vị có cần trợ giúp trực tiếp không?	Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu lần một **ngày**?	Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu **ngày một tuần** ?
Di chuyển (di chuyển từ giường sang ghế, đi bộ hoặc sử dụng thiết bị y tế đã được phê duyệt)	☐ Có ☐ Không		
Uống thuốc	☐ Có ☐ Không		
Tắm (bồn tắm, tắm trên giường, vòi sen hoặc ghế ngồi) hoặc chải chuốt nói chung (như đánh răng hoặc chải tóc)	☐ Có ☐ Không		
Mặc quần áo/Cởi quần áo	☐ Có ☐ Không		
Các bài tập phạm vi chuyển động (tập khớp bằng cách di chuyển chúng)	☐ Có ☐ Không		
Ăn	☐ Có ☐ Không		
Đi vệ sinh (như vào hoặc ra khỏi nhà vệ sinh, lau mình, cởi quần áo hoặc thay tã)	☐ Có ☐ Không		

Thông tin người chăm sóc

Vui lòng cho chúng tôi biết tên và mối quan hệ với quý vị của (những) người hiện đang giúp quý vị.

Tên người chăm sóc	Mối quan hệ với quý vị (như người thân, hàng xóm, nhân viên chăm sóc cá nhân)
Tên người chăm sóc	Mối quan hệ với quý vị (như người thân, hàng xóm, nhân viên chăm sóc cá nhân)

Tôi xác nhận, theo hình phạt khai man, rằng thông tin trên mẫu đơn này là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết của tôi.
Nếu quý vị thay mặt cho ai đó điền vào mẫu đơn này, quý vị cũng phải điền và gửi lại mẫu đơn Chỉ định Đại diện được Ủy quyền cùng với 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 của quý vị.

X _____ _____ _____

Chữ ký của người nộp đơn/thành viên hoặc người đại diện được ủy quyền | Tên viết hoa | Tháng/Ngày/Năm

PHẦN BỔ SUNG D Bảo hiểm Sức khỏe 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 ghi danh nhận bảo hiểm hay không. Đính kèm một bản sao của trang này cho mỗi việc làm cung cấp bảo hiểm y tế.

HÃY CHO CHÚNG TÔI BIẾT VỀ CÔNG VIỆC CHO QUÝ VỊ BẢO HIỂM.

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 xin này hiện đủ điều kiện hoặc ghi danh tham gia bảo hiểm do công ty này cung cấp không, hoặc ít nhất một người trong đơn xin 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 D.

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 CÔNG TY

4. Tên công ty

5. Mã số thuế liên bang (nếu biết)
___ ___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

6. Địa chỉ công ty

7. Số điện thoại của công ty
( )

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 CÔNG TY 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 công ty 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 công ty là gì?
_____

b. Chương trình bảo hiểm y tế do công ty 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. công ty sẽ thực hiện thay đổi gì cho chương trình này trong năm mới (nếu biết)?

a. công ty 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 công ty. Ngày kết thúc bảo hiểm (tháng/ngày/năm) _____

c. công ty 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 nhận? _____

Ngày thay đổi (tháng/ngày/năm) _____

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

Tình trạng Nhập cư và Các loại Tài liệu

Câu hỏi 13b and 23b trong đơn xin hỏi những người không phải công dân về tình trạng nhập cư của họ và về loại hoặc các loại giấy tờ nhập cư mà họ có để xác minh tình trạng nhập cư của họ. Vui lòng tham khảo các danh sách sau để điền vào Câu hỏi 13a và 23b.
Nếu quý vị cần trợ giúp thêm, có thể tìm thông tin chi tiết trực tuyến tại www.mahealthconnector.org/immigration-document-types.

Tình trạng Nhập cư Đủ điều kiện

Kể từ ngày 1 tháng 10 năm 2026, những người là công dân và công dân Hoa Kỳ, Thường Trú Nhân Hợp Pháp (LPR hoặc người có thẻ xanh), Người Nhập Cảnh Là Người Cuba-Haiti (CHE) và Người Di Cư Theo Hiệp Định Liên Kết Tự Do (COFA) hội đủ điều kiện được hưởng bảo hiểm MassHealth toàn diện.

- Con lai Mỹ Á
- Được cấp quyền tị nạn
- Người nhập cư 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 nhập cư đặc biệt Afghanistan hoặc người di tản Afghanistan 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 làm việc theo 8 CFR 274a(12)(c)
- Những người thụ hưởng diện đoàn tụ gia đình
- Hoãn Thi hành Khởi hành
- Tình trạng Hoãn Thi hành ngoại trừ chương trình Hoãn Thi hành đối với Trẻ em Nhập cư (DACA)
- Được cấp quyền lưu trú hành chính dưới 8 CFR 241
- Đơn xin thị thực được chấp thuận với đơn xin điều chỉnh tình trạng nhập cư đang chờ xử lý
- Người nộp đơn xin tị nạn hoặc trì hoãn 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 có bất kỳ tình trạng nào được liệt kê ở trên (Người Cư trú Lách luật, PRUCOL)

Các loại Giấy tờ Nhập cư

- Giấy phép tái nhập cảnh (I-327)
- Thẻ Thường trú nhân (thẻ xanh, I-551)
- Giấy thông hành tị nạn (I-571)
- Thẻ giấy phép làm việc (I-766)
- Thị thực nhập cư có thể đọc được bằng máy (với cấp phép I-551 tạm thời)
- Con dấu I-551 tạm thời (trên hộ chiếu hoặc I-94, I-94A)
- Hồ sơ Xuất nhập cảnh (I-94, I-94A) do Sở Di trú và Nhập tịch Hoa Kỳ cấp
- Hồ sơ Xuất nhập cảnh trong hộ chiếu nước ngoài chưa hết hạn (I-94)
- Hộ chiếu nước ngoài hết hạn
- Giấy chứng nhận đủ điều kiện cho tình trạng sinh viên không định cư (F1) (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 sự tạm hoãn trục xuất (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 lạc 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)

CHỦNG TỘC (KHÔNG BẮT BUỘC)

Chọn (các) lựa chọn mô tả đúng nhất về quý vị. Điền tất cả những lựa chọn phù hợp. Vui lòng nêu rõ trong Câu hỏi 8 và 9 cho Người thứ 1 và Câu hỏi 18 và 19 cho Người thứ 2.

Người Mỹ bản địa hoặc người bản địa Alaska, 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, 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.

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**.

Form **4506**

(April 2025)

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Request for Copy of Tax Return

Do not sign this form unless all applicable lines have been completed.
Request may be rejected if the form is incomplete or illegible.
For more information about Form 4506, visit *www.irs.gov/form4506*.

OMB No. 1545-0429

Tip: Get faster service: Online at www.irs.gov, **Get Your Tax Record** (Get Transcript) or by calling **1-800-908-9946** for specialized assistance. We have teams available to assist. **Note:** Taxpayers may register to use Get your tax records and transcripts | Internal Revenue Service to view, print, or download the following transcript types: **Tax Return Transcript** (shows most line items including Adjusted Gross Income (AGI) from your original Form 1040-series tax return as filed, along with any forms and schedules), **Tax Account Transcript** (shows basic data such as return type, marital status, AGI, taxable income and all payment types), **Record of Account Transcript** (combines the tax return and tax account transcripts into one complete transcript), **Wage and Income Transcript** (shows data from information returns we receive such as Forms W-2, 1099, 1098 and Form 5498), and **Verification of Non-filing Letter** (provides proof that the IRS has no record of a filed Form 1040-series tax return for the year you request).

1a Name shown on tax return. If a joint return, enter the name shown first.	**1b First social security number on tax return, individual taxpayer identification number, or employer identification number (see instructions)**
2a If a joint return, enter spouse's name shown on tax return.	**2b Second social security number or individual taxpayer identification number if joint tax return**

3 Current name, address (including apt., room, suite, or inmate no.), city, state, and ZIP code (see instructions).

4 Previous address shown on the last return filed if different from line 3 (see instructions).

5 If the tax return is to be mailed to a third party (such as a mortgage company), enter the third party's name, address, and telephone number.

Caution: If the tax return is being sent to the third party, ensure that lines 5 through 7 are completed before signing. (see instructions).

6 **Tax return requested.** Form 1040, 1120, 941, etc. and all attachments as originally submitted to the IRS, including Form(s) W-2, schedules, or amended returns. Copies of Forms 1040, 1040A, and 1040EZ are generally available for 7 years from filing before they are destroyed by law. Other returns may be available for a longer period of time. Enter only one return number. If you need more than one type of return, you must complete another Form 4506. _____

Note: If the copies must be certified for court or administrative proceedings, check here . . . . . ☐

7 **Year or period requested**. Enter the ending date of the tax year or period using the mm/dd/yyyy format (see instructions).

_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____

8	**Fee.** There is a $30 fee for each return requested. **Full payment must be included with your request or it will be rejected. Make your check or money order payable to "United States Treasury." Enter your SSN, ITIN, or EIN and "Form 4506 request" on your check or money order**	
a	Cost for each return	**$**
b	Number of returns requested on line 7	
c	Total cost. Multiply line 8a by line 8b	**$**

9 If we cannot find the tax return, we will refund the fee. If the refund should go to the third party listed on line 5, check here . . . . . ☐

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines have been complete

Signature of taxpayer(s). I declare that I am either the taxpayer whose name is shown on line 1a or 2a, or a person authorized to obtain the tax return requested. If the request applies to a joint return, at least one spouse must sign. If signed by a corporate officer, 1 percent or more shareholder, partner, managing member, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, trustee, or party other than the taxpayer, I certify that I have the authority to execute Form 4506 on behalf of the taxpayer. **Note:** This form must be received by IRS within 120 days of the signature date.

☐ **Signatory attests that he/she has read the attestation clause and upon so reading declares that he/she has the authority to sign the Form 4506. See instructions**

Phone number of taxpayer on line 1a or 2a

Sign Here

Signature (see instructions) | Date

Print/Type name | **Title** (if line 1a above is a corporation, partnership, estate, or trust)

Spouse's signature | Date

Print/Type name

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future Developments

For the latest information about Form 4506 and its instructions, go to *www.irs.gov/form4506*.

General Instructions

Caution: Do not sign this form unless all applicable lines, *including lines 5 through 7*, have been completed.

Designated Recipient Notification. Internal Revenue Code, Section 6103(c), limits disclosure and use of return information received pursuant to the taxpayer's consent and holds the recipient subject to penalties for any unauthorized access, other use, or redisclosure without the taxpayer's express permission or request.

Taxpayer Notification. Internal Revenue Code, Section 6103(c), limits disclosure and use of return information provided pursuant to your consent and holds the recipient subject to penalties, brought by private right of action, for any unauthorized access, other use, or redisclosure without your express permission or request.

Purpose of form. Use Form 4506 to request a copy of your tax return. You can also designate (on line 5) a third party to receive the tax return.

How long will it take? It may take up to 75 calendar days for us to process your request.

Where to file. Attach payment and mail Form 4506 to the address below for the state you lived in, or the state your business was in, when that return was filed. There are two address charts: one for individual returns (Form 1040 series) and one for all other returns.

If you are requesting a return for more than one year or period and the chart below shows two different addresses, send your request based on the address of your most recent return.

Chart for individual returns (Form 1040 series)

If you filed an individual return and lived in:	Mail to:
Alabama, Arizona, Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, New Mexico, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, Texas, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6716 AUSC Austin, TX 73301
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Missouri, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 S-2 Kansas City, MO 64999
Alaska, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Kansas, Michigan, Montana, Nebraska, Nevada, North Dakota, Ohio, Oregon, South Dakota, Utah, Washington, Wyoming	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 9941 Mail Stop 6734 Ogden, UT 84409

Chart for all other returns

For returns not in Form 1040 series, if the address on the return was in:	Mail to:
Connecticut, Delaware, District of Columbia, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, West Virginia, Wisconsin	Internal Revenue Service RAIVS Team Stop 6705 S-2 Kansas City, MO 64999
Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Hawaii, Idaho, Iowa, Kansas, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Texas, Utah, Washington, Wyoming, a foreign country, American Samoa, Puerto Rico, Guam, the Commonwealth of the Northern Mariana Islands, the U.S. Virgin Islands, or A.P.O. or F.P.O. address	Internal Revenue Service RAIVS Team P.O. Box 9941 Mail Stop 6734 Ogden, UT 84409

Specific Instructions

Line 1b. Enter the social security number (SSN) or individual taxpayer identification number (ITIN) for the individual listed on line 1a, or enter the employer identification number (EIN) for the business listed on line 1a. For example, if you are requesting Form 1040 that includes Schedule C (Form 1040), enter your SSN.

Line 3. Enter your current address. If you use a P.O. box, include it on this line 3. If you are currently incarcerated, include your inmate identification number, name and address on this line 3.

Line 4. Enter the address shown on the last return filed if different from the address entered on line 3.

Note. If the addresses on lines 3 and 4 are different and you have not changed your address with the IRS, file Form 8822, Change of Address, or Form 8822-B,Change of Address or Responsible Party — Business, with Form 4506.

Line 7. Enter the end date of the tax year or period requested in mm/dd/yyyy format. This may be a calendar year, fiscal year or quarter. Enter each quarter requested for quarterly returns. Example: Enter 12/31/2018 for a calendar year 2018 Form 1040 return, or 03/31/2017 for a first quarter Form 941 return.

Signature and date. Form 4506 must be signed and dated by the taxpayer listed on line 1a or 2a. The IRS must receive Form 4506 within 120 days of the date signed by the taxpayer or it will be rejected. Ensure that all applicable lines, *including lines 5 through 7*, are completed before signing.



You must check the box in the signature area to acknowledge you have the authority to sign and request the information. The form will not be processed and returned to you if the box is unchecked.

Individuals. Copies of jointly filed tax returns may be furnished to either spouse. Only one signature is required. Sign Form 4506 exactly as your name appeared on the original return. If you changed your name, also sign your current name.

Corporations. Generally, Form 4506 can be signed by: (1) an officer having legal authority to bind the corporation, (2) any person designated by the board of directors or other governing body, or (3) any officer or employee on written request by any principal officer and attested to by the secretary or other officer. A bona fide shareholder of record owning 1 percent or more of the outstanding stock of the corporation may submit a Form 4506 but must provide documentation to support the requester's right to receive the information.

Partnerships. Generally, Form 4506 can be signed by any person who was a member of the partnership during any part of the tax period requested on line 7.

All others. See section 6103(e) if the taxpayer has died, is insolvent, is a dissolved corporation, or if a trustee, guardian, executor, receiver, or administrator is acting for the taxpayer.

Note: If you are Heir at law, Next of kin, or Beneficiary you must be able to establish a material interest in the estate or trust.

Documentation. For entities other than individuals, you must attach the authorization document. For example, this could be the letter from the principal officer authorizing an employee of the corporation or the letters testamentary authorizing an individual to act for an estate.

Signature by a representative. A representative can sign Form 4506 for a taxpayer only if this authority has been specifically delegated to the representative on Form 2848, line 5a. Form 2848 showing the delegation must be attached to Form 4506.

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to establish your right to gain access to the requested return(s) under the Internal Revenue Code. We need this information to properly identify the return(s) and respond to your request. If you request a copy of a tax return, sections 6103 and 6109 require you to provide this information, including your SSN or EIN, to process your request. If you do not provide this information, we may not be able to process your request. Providing false or fraudulent information may subject you to penalties.

Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation, and cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by section 6103.

The time needed to complete and file Form 4506 will vary depending on individual circumstances. The estimated average time is: **Learning about the law or the form,** 10 min.; **Preparing the form,** 16 min.; and **Copying, assembling, and sending the form to the IRS,** 20 min.

If you have comments concerning the accuracy of these time estimates or suggestions for making Form 4506 simpler, we would be happy to hear from you. You can write to:

Internal Revenue Service
Tax Forms and Publications Division
1111 Constitution Ave. NW, IR-6526
Washington, DC 20224.

Do not send the form to this address. Instead, see *Where to file* on this page.