

Để được giúp đỡ trong cộng đồng của quý vị, hãy gọi:



### Đơn xin Phúc lợi Y tế cho Trẻ em



Đơn này chỉ dành cho chương trình bảo hiểm sức khỏe cho trẻ em và thiếu niên dưới 19 tuổi. Ai cũng có thể nộp đơn thay cho trẻ em. Trẻ em có thể nộp đơn cho chính bản thân. **Chúng tôi sẽ gửi cho người được liệt kê trong hộp 1 tất cả thông tin theo dõi.** Nếu quý vị có thắc mắc hoặc muốn giúp điền mẫu đơn này, chỉ cần gọi 1-877-543-7669. Chúng tôi sẵn lòng giúp đỡ quý vị!

Vui lòng viết bằng mực đen hoặc xanh. Không dùng bút chì. (Hãy liệt kê tên cha/mẹ, người giám hộ hoặc người liên lạc nhận thông tin theo dõi)

<b>1</b> TÊN	CHỮ ĐẦU TÊN LỚT	HỌ		
<b>2</b> ĐỊA CHỈ NƠI QUÝ VỊ SỐNG	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
<b>3</b> ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (NẾU KHÁC)	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
<b>4</b> CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI	<b>5</b> Quý vị có khó khăn trong việc nói, đọc hoặc viết tiếng Anh không? Quý vị cần ngôn ngữ hoặc dạng giao tiếp thay thế nào? _____ Quý vị có cần thông dịch viên không? (Nếu có, chúng tôi sẽ giúp quý vị thông qua một thông dịch viên.) Quý vị nói ngôn ngữ nào? _____		Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
GIA ĐÌNH ( )	<b>6</b> Quý vị có người con nào dưới 19 tuổi bị bệnh cần chăm sóc y tế ngay không? ICó ai trong gia đình của quý vị mang thai không? Nếu "có," ai? _____		Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	
NƠI LÀM VIỆC ( )				
TIN NHẮN ( )				

### Thông tin Chung

**7** Hãy liệt kê các thành viên gia đình **sống chung**. (Nếu cần, kèm theo một tờ giấy liệt kê thêm thành viên gia đình.)

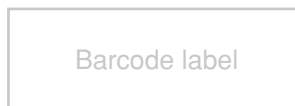
TÊN (TÊN, TÊN LỚT, HỌ)	GIỚI TÍNH Nam hoặc Nữ	QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	NGÀY SINH (THÁNG/ NGÀY/NĂM)	SỐ AN SINH XÃ HỘI * = TỰY CHỌN	CÔNG DÂN HOA KỲ CÓ KHÔNG	NƠI SINH (THÀNH PHỐ/ TIỂU BANG)	HÃY ĐIỀN VÀO NẾU CON CỦA QUÝ VỊ <b>KHÔNG PHẢI</b> LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ
A. CHA/MẸ, NGƯỜI GIÁM HỘ HOẶC BẢN THÂN				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		LIỆT KÊ NGÀY TRẺ ĐẾN HOA KỲ. TRẺ NÀY CÓ NGƯỜI BẢO HỘ KHÔNG?  CÓ KHÔNG
B. VỢ/CHỒNG HOẶC CHA/MẸ KHÁC (nếu sống chung nhà)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
C. LIỆT KÊ NHỮNG TRẺ EM & THIẾU NIÊN DƯỚI 19 TUỔI (người muốn nhận phúc lợi y tế)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. LIỆT KÊ NHỮNG NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH/ TRẺ EM KHÁC TRONG GIA ĐÌNH (người không muốn nhận phúc lợi y tế)				*		Ghi chú: Vui lòng kèm chứng từ cho biết tình trạng của trẻ em.	
				*			

**8** Có người con nào trong gia đình dưới 19 tuổi bị tàn tật không? Có  Không   
Nếu "Có," ai? \_\_\_\_\_

### Chi phí Thông tin này có thể giúp con quý vị đủ tiêu chuẩn.

**9** Quý vị có thanh toán tiền chăm sóc trẻ em trong khi quý vị làm việc không? Có  Không  Nếu "Có," bao nhiêu tiền mỗi tháng? \$ \_\_\_\_\_  
 Quý vị có thanh toán tiền cho người khác chăm sóc người trưởng thành tàn tật bị phụ thuộc trong khi quý vị làm việc không? Có  Không  Nếu "Có," bao nhiêu tiền mỗi tháng? \$ \_\_\_\_\_

**10** Quý vị có thanh toán tiền hỗ trợ nuôi con theo lệnh tòa án cho người con không sống chung nhà với quý vị không? Có  Không  Nếu "Có," bao nhiêu tiền mỗi tháng? \$ \_\_\_\_\_



## Thu nhập

Hãy nhập tiền lương GỘP (trước thuế hoặc chi tiêu).

(Vui lòng đính kèm bằng chứng về thu nhập trong 30 ngày vừa qua)

<b>11</b> TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI CƠ QUAN CỦA CHA/MẸ ( )	THU NHẬP KHÁC CỦA HỘ GIA ĐÌNH	SỐ TIỀN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC TRONG 30 NGÀY VỪA QUA	THÀNH VIÊN NÀO TRONG GIA ĐÌNH CÓ ĐƯỢC THU NHẬP NÀY?
<b>12</b> Số tiền quý vị nhận được trong 30 ngày vừa qua trước thuế hoặc chi tiêu: \$ _____ Thu nhập kiếm được từ công việc tự làm chủ là bao nhiêu? * \$ _____	<b>15</b> TRỢ CẤP NUÔI CON	\$	
<b>13</b> TÊN VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI CƠ QUAN CỦA VỢ/CHỒNG (HOẶC CHA/MẸ SỐNG CHUNG NHÀ): ( )	<b>16</b> TIỀN CẤP DƯỠNG SAU LY DỊ	\$	
<b>14</b> Số tiền vợ/chồng của quý vị (hoặc cha/mẹ sống chung nhà) nhận được trong 30 ngày vừa qua trước thuế hoặc chi tiêu: \$ _____ Thu nhập kiếm được từ công việc tự làm chủ là bao nhiêu? * \$ _____	<b>17</b> TIỀN THANH TOÁN AN SINH XÃ HỘI	\$	
*NẾU QUÝ VỊ HOẶC VỢ/CHỒNG CỦA QUÝ VỊ (HOẶC CHA MẸ SỐNG CHUNG NHÀ) TỰ LÀM CHỦ, QUÝ VỊ CÓ THỂ NHẬN NHỮNG KHOẢN TIỀN KHẤU TRỪ KHÁC. VUI LÒNG GỌI 1-877-543-7669 BÂY GIỜ ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN HOẶC HỖ TRỢ NỘP ĐƠN.	<b>18</b> TIỀN TRỢ CẤP THẤT NGHIỆP	\$	
	<b>19</b> THU NHẬP TỪ ĐẦU TƯ/LÃI SUẤT/CỔ TỨC	\$	
	<b>20</b> TIỀN TRỢ CẤP CỤ CHIẾN BINH	\$	
	<b>21</b> BỘ LAO ĐỘNG & CÔNG NGHỆ	\$	
	<b>22</b> TIỀN LƯƠNG CỦA QUÂN NHÂN	\$	
	<b>23</b> CÁC KHOẢN TIỀN KHÁC (Vui lòng giải thích)	\$	
	<b>24</b> Quý vị có cần giúp đỡ trong việc thanh toán các hóa đơn y tế chưa trả - trong vòng 3 tháng vừa qua - cho những trẻ em mà quý vị đang nộp đơn đăng ký không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		

## Thông tin Bảo hiểm Sức khỏe

Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào mà con của quý vị có.

<b>25 A</b> Có người con nào mà quý vị đang đăng ký đã được bảo hiểm sức khỏe không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	<b>25 B</b> Nếu "Có", chương trình bảo hiểm sức khỏe đó có bao trả cho các dịch vụ bác sĩ, bệnh viện, X-quang và xét nghiệm không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	<b>26 A</b> Quý vị có người con nào đã được bao trả bởi chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan đến việc làm trong 4 tháng qua không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	<b>26 B</b> Nếu "Có", phí bảo hiểm có thấp hơn \$50 mỗi tháng cho người phụ thuộc không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
<b>27</b> Nếu quý vị đánh dấu "Có" vào bất kỳ câu hỏi nào ở trên (25 a hoặc b hoặc 26 a hoặc b), vui lòng liệt kê tên của công ty bảo hiểm hoặc cơ quan cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho con của quý vị.			
CÔNG TY BẢO HIỂM HOẶC CƠ QUAN	SỐ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	TÊN CỦA NGƯỜI GIỮ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI GIỮ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM (TUY CHỌN)

## Nguồn gốc Dân tộc/Chủng tộc của Trẻ em (Thông tin Tự nguyện)

Chúng tôi yêu cầu quý vị tự nguyện khai báo cho chúng tôi về nguồn gốc dân tộc/chủng tộc của các con của quý vị. Thông tin này sẽ không được sử dụng trong việc xem xét sự hội đủ điều kiện cho các phúc lợi.	<input type="checkbox"/> Người Da đỏ hoặc Người Bản xứ Alaska <input type="checkbox"/> Người Bản xứ Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Người Da đen hoặc Người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Khác _____	<input type="checkbox"/> Người Hispanic hoặc Châu Mỹ La-tinh
<i>Nghiêm cấm phân biệt đối xử trong tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe và hoạt động do Bộ Xã hội và Y tế quản lý. Không ai bị loại khỏi những chương trình bảo hiểm sức khỏe và hoạt động này trên cơ sở chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, niềm tin chính trị, nguồn gốc dân tộc, tôn giáo, tuổi, giới tính hoặc tàn tật.</i>				

## Hãy Đọc Carefully Trước khi Ký tên

Đơn này chỉ dành cho các phúc lợi y tế cho trẻ em. Nếu có người trong gia đình quý vị đã nhận hoặc muốn nộp đơn xin trợ cấp tiền mặt, thực phẩm cơ bản hoặc các phúc lợi khác, vui lòng liên lạc với Văn phòng Dịch vụ Cộng đồng DSHS (CSO) tại địa phương của quý vị.

- DSHS có thể yêu cầu phải chứng minh thông tin mà quý vị cung cấp để họ quyết định quý vị có đủ tiêu chuẩn hay không. Quý vị có thể yêu cầu DSHS giúp đỡ trong việc thu thập bằng chứng.
- Thông tin của quý vị có thể được kiểm tra bởi các cơ quan tiểu bang và liên bang khác. Thông tin này sẽ KHÔNG được chia sẻ với Sở Di trú và Nhập tịch (INS).
- Bằng cách yêu cầu và nhận phúc lợi chăm sóc sức khỏe, quý vị tạo cho tiểu bang Washington tất cả quyền hỗ trợ y tế và thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe cho bên thứ ba.
- DSHS có thể chia sẻ tiền sử chủng ngừa của con quý vị với Hệ thống Theo dõi Hồ sơ Chủng ngừa Trẻ em.

<b>CAM ĐOAN VÀ CHỮ KÝ</b> Tôi đã đọc và hiểu thông tin trong đơn này. Tôi cam đoan, theo hình phạt cho sự khai man trước tòa, thông tin tôi đã cung cấp trong đơn này là trung thực, đúng và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.	Chữ ký của Người đứng đơn X _____ Ngày _____
--	--

## Cách Nộp Đơn

<b>GỬI THƯ TỚI:</b> Bộ Xã Hội và Y Tế P.O. Box 45531 OLYMPIA WA 98504-5531	<b>ĐỂ ĐƯỢC GIÚP ĐỠ:</b> Nếu quý vị cần giúp đỡ hoặc có thắc mắc, vui lòng gọi 1-877-543-7669.
--	--