BHSF Form 1-G Vietnamese
Rev. 05/08 (English 07/07)
Prior Issue Obsolete

LOUISIANA MEDICAID
Đơn Xin Tổng Quát

Dùng đơn này cho tất cả các chương trình của Medicaid, trừ chương trình Trợ Cấp Y Tế Dài Hạn (Viện Dưỡng Lão và Phục Vụ Gia Đình và Cộng Đồng). Trợ Cấp Y Tế Dài Hạn phải dùng đơn đặc biệt khác. Để được Trợ Cấp Y Tế Dài Hạn phải điền đơn 1-L hoặc gọi 1-888-342-6207. Nếu quí vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404.

Cách điền đơn:

1. **Điền và ký tên vào đơn này. Dùng bút mực đen.** Nếu cần thêm giấy viết câu trả lời, dùng tờ giấy khác.
2. **Thu thập hồ sơ chứng minh.** Xem hồ sơ liệt k ê ở trang 8.
3. **Gửi đơn xin và hồ sơ chứng minh cho chúng tôi.** Gửi tới P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278 hoặc fax đơn đến số fax miễn phí 1-877-523-2987. Quí vị có thể mang **HOẶC** fax đơn đến văn phòng Medicaid địa phương hoặc trung tâm nhận đơn. Để biết văn phòng gần nơi quí vị ở, gọi số 1-888-342-6207. Nếu quí vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404. **Hãy gửi đơn ngay bây giờ. Chúng tôi sẽ cho quí vị thêm thời gian để bổ túc hồ sơ.**

Qúi vị nói thạo ngôn ngữ nào? ❑ *Anh* ❑ *Tây Ban Nha* ❑ *Việt Nam* ❑ *Ngôn Ngữ khác* _____
Qúi vị viết thạo ngôn ngữ nào? ❑ *Anh* ❑ *Tây Ban Nha* ❑ *Việt Nam* ❑ *Ngôn Ngữ khác* _____

1. Quí vị lấy đơn này ở đâu?

❑ Văn phòng Medicaid ❑ Bệnh viện ❑ Tiệm thuốc ❑ Văn phòng bác sĩ ❑ Bạn/Họ hàng ❑ Mạng
❑ Trường học ❑ Văn phòng Trợ Cấp Gia Đình (Food Stamp) ❑ Sở y tế ❑ Văn phòng Anh Sinh Xã Hội
❑ Sở làm ❑ Hội chợ ❑ Nơi khác: _____

2. Cho chúng tôi biết lý lịch của quí vị.

Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ ❑ Nam ❑ Nữ
Tên họ trước khi lập gia đình _____
Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____
Tình trạng hôn nhân: ❑ Độc thân ❑ Lập gia đình ❑ Goá ❑ Ly dị /ly thân

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Trắng ❑ Đen ❑ Á Châu
❑ Da Đỏ hoặc người Alaska ❑ Người Mỹ La Tinh ❑ Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương

3. Cho chúng tôi biết cách liên lạc với quí vị.

Địa chỉ gửi thư _____ Căn hộ/lô đất _____
Thành phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____
Địa chỉ nhà (nếu khác địa chỉ gửi thư) _____ Căn hộ/lô đất _____
Thành phố _____ Tiểu bang ____ Zip _____
Quận _____ Điện thoại nhà (_____) _____
Điện thoại di động (_____) _____ Điện thoại ban ngày (_____) _____
Địa chỉ E-mail Address _____
Ngày giờ thuận tiện để liên lạc từ 8 giờ sáng đến 4:30 _____

4. Quí vị có xin trợ cấp y tế không? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không - Trả lời câu số 8

Nơi sinh? Thành phố _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____
Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____
Tên họ của mẹ trước khi lập gia đình _____
Quí vị có phải là công dân Hoa Kỳ? ❑ Có – Trả lời câu số 5 ❑ Không – Điền phần dưới
Quí vị có phải là thường trú nhân không? ❑ Có ❑ Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____
Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): **A**_____

5. Cho chúng tôi biết lý lịch những người sống chung với quí vị (trẻ em dưới 19 tuổi, cha mẹ của trẻ em, và người phối ngẫu). ❑ Không có ai sống chung – Trả lời câu số 6

A. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ ❑ Nam ❑ Nữ
Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____
Người này là: ❑ Người phối ngẫu ❑ Con ❑ Con riêng ❑ Cháu (nội/ngoại) ❑ Quan hệ khác: _____

Nếu quí vị có câu hỏi hoặc cần giúp điền đơn, gọi văn phòng Medicaid 1-888-342-6207.
Nếu quí vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404.
SỐ ĐI ỆN THOẠI TRÊN MIỄM PHÍ.

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Trắng ❑ Đen ❑ Á Châu
❑ Da Đỏ hoặc người Alaska ❑ Người Mỹ La Tinh ❑ Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương

Người này có xin trợ cấp y tế không? ❑ Có – Trả lời câu hỏi kế ❑ No – Trả lời phần **B**

Nơi sinh? Thành phố _____Tiểu bang _____Quốc gia _____

Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____

Tên họ của mẹ trước khi lập gia đình _____

Người này có phải là công dân Hoa Kỳ? ❑ Có – Trả lời phần **B** ❑ Không – Trả lời câu hỏi kế

Quí vị có phải là thường trú nhân không? ❑ Có ❑ Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____

Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): **A**_____

B. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ ❑ Nam ❑ Nữ

Số An Ninh Xã Hội _____Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Người này là: ❑ Người phối ngẫu ❑ Con ❑ Con riêng ❑ Cháu (nội/ngoại) ❑ Quan hệ khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Trắng ❑ Đen ❑ Á Châu
❑ Da Đỏ hoặc người Alaska ❑ Người Mỹ La Tinh ❑ Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương

Người này có xin trợ cấp y tế không? ❑ Có – Trả lời câu hỏi kế ❑ No – Trả lời phần **C**

Nơi sinh? Thành phố _____Tiểu bang _____Quốc gia _____

Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____

Người này có phải là công dân Hoa Kỳ? ❑ Có – Trả lời phần **C** ❑ Không – Trả lời câu hỏi kế

Quí vị có phải là thường trú nhân không? ❑ Có ❑ Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____

Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): **A**_____

C. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ ❑ Nam ❑ Nữ

An Ninh Xã Hội _____Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Người này là: ❑ Người phối ngẫu ❑ Con ❑ Con riêng ❑ Cháu (nội/ngoại) ❑ Quan hệ khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Trắng ❑ Đen ❑ Á Châu
❑ Da Đỏ hoặc người Alaska ❑ Người Mỹ La Tinh ❑ Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương

Người này có xin trợ cấp y tế không? ❑ Có – Trả lời câu hỏi kế ❑ No – Trả lời phần **D**

Nơi sinh? Thành phố _____Tiểu bang _____Quốc gia _____

Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____

Người này có phải là công dân Hoa Kỳ? ❑ Có – Trả lời phần **D** ❑ Không – Trả lời câu hỏi kế

Quí vị có phải là thường trú nhân không? ❑ Có ❑ Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____

Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): **A**_____

D. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ ❑ Nam ❑ Nữ

An Ninh Xã Hội _____Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Người này là: ❑ Người phối ngẫu ❑ Con ❑ Con riêng ❑ Cháu (nội/ngoại) ❑ Quan hệ khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Trắng ❑ Đen ❑ Á Châu
❑ Da Đỏ hoặc người Alaska ❑ Người Mỹ La Tinh ❑ Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương

Người này có xin trợ cấp y tế không? ❑ Có – Trả lời câu hỏi kế ❑ No – Trả lời **Câu hỏi số 6**

Nơi sinh? Thành phố _____Tiểu bang _____Quốc gia _____

Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____

Người này có phải là công dân Hoa Kỳ? ❑ Có – Trả lời **Câu số 6** ❑ Không – Trả lời câu hỏi kế

Quí vị có phải là thường trú nhân không? ❑ Có ❑ Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____

Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): **A**_____

6. Có ai đang xin trợ cấp có người phối ngẫu đã qua đời? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu số 7

Ai có người phối ngẫu đã qua đời? _____

Cho chúng tôi biết về người đã qua đời. *Nếu nhiều hơn một người, dùng thêm tờ giấy khác.*

Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Tên họ trước khi lập gia đình _____

Ninh Xã Hội _____Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Ngày khai tử (tháng, ngày, năm) _____Có di chúc không? ❑ Có ❑ Không
Cựu chiến binh? ❑ Có ❑ Không Công nhân đường sắt về hưu? ❑ Có ❑ Không
Ly dị với người đứng đơn? ❑ Có ❑ Không
Ngày và Quận/huyện ly dị _____

7. Có ai mang thai không? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 8

Tên người mang thai? _____Ngày dự đoán sẽ sinh em bé _____
Có khả sinh đôi hay không? ❑ Có ❑ Không

Trả lời câu số 8 cho người xin trợ cấp dưới 65 tuổi

8. Có ai bị tàn tật và đang xin trợ cấp y tế? (Câu trả lời có thể là có cho dù hiện tại họ không được lãnh tiền tàn tật từ văn phòng An Ninh Xã Hội.) ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 9

A. Ai bị tàn tật? _____Bị tàn tật từ khi nào? _____
Xin cho biết về sự tàn tật. _____
_____
Sự tàn tật này có bởi tai nạn ? ❑ Có ❑ Không
Họ đã xin tiền Tàn Tật (RSDI) hoặc An Ninh Xã Hội Phụ (SSI)? ❑ Có – Ngày đền đơn _____ ❑ Không
Đã có quyết định? ❑ Có – Ngày có quyết định _____ ❑ Không
Có quyết định gì? ❑ Phê chuẩn ❑ Bị từ chối
Tình trạng sức khỏe hoặc sự tàn tật có thay đổi từ khi điền đơn với văn phòng An Ninh Xã Hội? ❑ Có ❑ Không
Nếu **có**, giải thích. _____

Cho biết tên bác sĩ, bệnh viện, những nơi cung cấp phục vụ y tế của người xin trợ cấp.
Nếu cần thêm giấy viết, dùng tờ giấy khác

tên bác sĩ, bệnh viện, những nơi cung cấp phục vụ y tế	Địa chỉ và số điện thoại của nơi cung cấp phục vụ y tế

B. Sự tàn tật có phải là ung thư vú? ❑ Có – Đọc & Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu hỏi 9

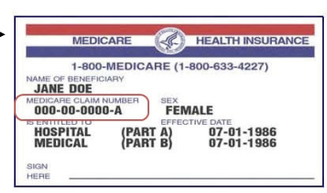
Louisiana's Breast and Cervical Cancer Program (Chương Trình Chống Ung Thư Vú Bang Louisiana) dành cho **phụ nữ** đã có **thử nghiệm** ở Center for Disease Control and Prevention's (CDC) National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program và cần được chữa trị vì ung thư vú, bao gồm tình trạng có nguy cơ bị bệnh ung thư.

Quí vị có chứng nhận của Early Detection Program screening and diagnosis? ❑ Có ❑ Không

Nếu **Không**, liên lạc Louisiana's Early Detection Program số 1-888-599-1073 để lấy chứng nhận.

Quí vị không cần phải đợi giấy chứng nhận. Điền đơn ngay bây giờ. Phải có thử nghiệm thì mới được hợp lệ cho chương trình này của Medicaid.

9. Có ai có Medicare không? *Thẻ Medicare giống như thẻ này* →
❑ Có – Điền phần dưới ❑ không – Trả lời câu số 10



Tên _____Số thẻ Medicare_____
Tên _____Số thẻ Medicare_____

10. Có ai đang điền đơn đã bị cắt Medicare? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 11
Tên _____Số thẻ Medicare (trên thẻ Medicare) _____

11. Có ai xin chương trình này mà có bảo hiểm sức khỏe cá nhân hoặc Medicare phụ, hoặc thẻ mua thuốc Medicare? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 12
Nếu có nhiều hơn một bảo hiểm,dùng thêm tờ giấy khác.

Ai có bảo hiểm? _____
Tên người đứng bảo hiểm _____Ngày bảo hiểm có hiệu lực _____

Tên hãng bảo hiểm và số điện thoại _____

Số hợp đồng bảo hiểm _____số nhóm _____

Bảo hiểm trả : ❑ Bệnh viện ❑ Bác sĩ ❑ Thuốc ❑ Nha sĩ ❑ Xe cấp cứu ❑ Thai nghén ❑ Kế hoạch hóa

Trả bao nhiêu một tháng? _____Bảo hiểm trên có mua qua sở làm không? ❑ Có ❑ Không

➜ *Nếu bảo hiểm mua qua sở làm, Medicaid có thể sẽ giúp trả cho tiền mua bảo hiểm hàng tháng qua chương trình LaHIPP. Gọi số 1-866-362-5253 hoặc vào mạng www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov để biết thêm chi tiết.*

12. Nếu ai không có bảo hiểm sức khoẻ cá nhân, họ có thể mua bảo hiểm sức khỏe với người khác không? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 13

Người đứng mua bảo hiểm. _____Số điện thoại (_____)_____

13. Có ai trong gia đình đi làm? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 14

Tên của người đi làm?	Tên và số điện thoại của sở làm	Cơ sở làm riêng?	Lãnh lương bao nhiêu? (lương trước khi trừ thuế)	Bao lâu được lãnh?	Có thể mua bảo hiểm qua sở
		❑ Có ❑ Không			❑ Có ❑ Không
		❑ Có ❑ Không			❑ Có ❑ Không

14. Có người nào nhận lợi tức (tiền) từ:

- Hưu/An Ninh Xã Hội • Cấp An Ninh Xã Hội (SSI) • Cấp dưỡng cho con • Tiền nhận từ bạn/họ hàng
- Bồi thường lao động • Thất nghiệp • Hưu • Hưu công nhân đường sắt • Tiền cho mướn nhà
- Tiền lãnh hàng năm • Tiền cựu chiến binh • Cấp dưỡng cho con (tên trẻ em nhận tiền này) • Tiền tác quyền
- Khoản khác (xin cho bi ết)

❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 15

Tên người lãnh tiền?	Nguồn lợi tức?	Lãnh bao nhiêu? $_____	Bao lâu lãnh một lần?	Số cựu chiến binh hoặc Số hồ sơ công nhân đường sắt:
Tên người lãnh tiền?	Nguồn lợi tức?	Lãnh bao nhiêu? $_____	Bao lâu lãnh một lần?	Số cựu chiến binh hoặc Số hồ sơ công nhân đường sắt:
Tên người lãnh tiền?	Nguồn lợi tức?	Lãnh bao nhiêu? $_____	Bao lâu lãnh một lần?	Số cựu chiến binh hoặc Số hồ sơ công nhân đường sắt:
Tên người lãnh tiền?	Nguồn lợi tức?	Lãnh bao nhiêu? $_____	Bao lâu lãnh một lần?	Số cựu chiến binh hoặc Số hồ sơ công nhân đường sắt:

15. Có ai đã xin lợi tức An Ninh Xã Hội hoặc tiền cựu chiến binh, nhưng chưa được nhận? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 16

Ai? _____Xin tiền gì? _____

16. Có ai đang điền đơn xin tiền An Ninh Xã Hội phụ (SSI)?

❑ Có – Ai? _____ ❑ Không – Trả lời câu 17

17. Có ai phải trả tiền cho việc giữ trẻ hoặc để chăm sóc người lớn bị tan tật để quí vị đi làm hoặc đi huấn nghệ không? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 18

Tên của trẻ em hoặc người bị tàn tật cần sự chăm sóc _____

Ai trả tiền chăm sóc này? _____trả bao nhiêu một tháng? _____

Tên của nơi giữ trẻ hoặc tên người chăm sóc trẻ _____

Địa chỉ của nơi giữ trẻ hoặc địa chỉ người chăm sóc trẻ _____

Thành phố _____Số điện thoại (_____)_____

Có ai hoặc có chương trình nào giúp quý vị trả tiền chăm sóc này không? ❑ Có – Bao nhiêu? _____ ❑ Không

18. Có ai phải trả tiền cấp dưỡng cho con, vợ, hoặc chồng không?
❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 19

Tên của người trả số tiền trên _____

Trả bao nhiêu tiền? _____ Bao lâu trả một lần? _____

19. Có trẻ em nào đang xin trợ cấp y tế cần thẻ khám bệnh cho 3 tháng trước không, vì có nợ y tế?
❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu 20

Nếu nhiều hơn 4, dùng thêm tờ giấy khác.

Tên, Địa chỉ, và số điện thoại của nơi cung cấp phụng vụ y tế	Ai nhận phục vụ này?	Ngày nhận phục vụ	Tổng số tiền y tế	Còn nợ lại

20. Có ai đang xin trợ cấp y tế đã từng có trợ cấp y tế?
❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không ***Thẻ Medicaid giống như thẻ này***

Nếu vẫn quí vị còn thẻ Medicaid, có thể dùng lại thẻ đó . Chúng tôi sẽ không gửi thẻ mới trừ khi quí vị yêu cầu.

Ai cần thẻ Medicaid có? _____

KHÔNG trả lời câu 21 nếu quí vị CHỈ xin trợ cấp y tế cho người mang thai hoặc trẻ em dưới 19 tuổi. Ký tên vào trang 7, và xem những hồ sơ chúng tôi cần ở trang 8.

21. Cho chúng tôi biết những sở hữu của quí vị A-J. Trả lời có hoặc không cho mỗi câu hỏi.

A. Ngân khoản và Tiền cho ngân hàng mượn (CDs)? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần B
Nếu nhiều hơn 4, dùng thêm tờ giấy khác.

Tài Khoản	Ngân khoản của ai?	Tên của Ngân Hàng hoặc Công Đoàn Tín Dụng	Số Ngân Hàng	Ngân hàng có bao nhiêu?
❑ Ngân khoản ❑ CD ❑ Trương mục tiết kiệm ❑ Quỹ Giáng Sinh				
❑ Ngân khoản ❑ CD ❑ Trương mục tiết kiệm ❑ Quỹ Giáng Sinh				
❑ Ngân khoản ❑ CD ❑ Trương mục tiết kiệm ❑ Quỹ Giáng Sinh				
❑ Ngân khoản ❑ CD ❑ Trương mục tiết kiệm ❑ Quỹ Giáng Sinh				

B. Tiền lãnh hàng năm và/hoặc tiền hưu (IRA, Keogh, 401-K)? ❑ Có– Điền phần dưới ❑ Không–Trả lời phần C

Tiền/quỹ trên của ai? _____

Số ngân khoản (s) _____ Trị giá ? _____

Có được nhận tiền thường xuyên? ❑ Có – Bao nhiêu $_____ Bao lâu lãnh? _____ ❑ Không

Nếu **không**, có tiền sẵn để được nhận không? ❑ Có ❑ Không

Có thể nhận số tiền lớn một lúc không? ❑ Có ❑ Không ❑ Không biết

C. Hộp an toàn? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần D

Hộp an toàn này của ai? _____

Tên của Ngân Hàng hoặc Công Đoàn Tín Dụng_____

Trong hộp an toàn có gì? _____

Giá trị của của vật t trong hộp? _____

D. Bảo hiểm nhân thọ/chôn cất? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần E

Nếu nhiều hơn 4, dùng thêm tờ giấy khác. **Chúng tôi không cần biết bảo hiểm nhân thọ ngắn hạn. Nếu không chắc chắn, điền đơn.**

Ai có bảo hiểm?	Người có Bảo Hiểm	Hãng Bảo Hiểm	Face Value	Số Bảo Hiểm

E. Có tiền để riêng trong trương mục ngân hàng cho việc mai tang, hợp đồng chôn cất với nhà quàn? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần F *Nếu nhiều hơn 2, dùng thêm tờ giấy khác.*

Ai làm chủ?	Mai táng của ai?	Tên Ngân Hàng/Công Đoàn Tín Dụng/Tên Nhà Quàn	Trị Giá?

F. Xe, xe tải, tàu, xe dùng đi cắm trại, xe máy, ATVs? ❑ có – Điền phần dưới ❑ Không–Trả lời phần G

Nếu nhiều hơn 3, dùng thêm tờ giấy khác.

Chủ Nhân	Loại nào?	Loại, Kiểu, Năm	Trị Giá?	Còn nợ bao nhiêu?

G. Tài sản không tính nhà đang ở ví dụ như của hồi môn (chia rồi hoặc chưa chia), tài sản ở bang khác, hoặc căn nhà thứ hai? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không–Trả lời phần H

Tài sản thuộc về ai? _____

Của hồi môn (chia rồi/chưa chia) sẽ được thừa hưởng? (ví dụ ¼, ½) _____

Trị giá? _____

Cho chúng tôi biết (địa điểm, kích thước, bao nhiêu mẫu, bindinh trên miếng đất). _____

_____

H. Những thứ liên quan đến mai táng ví dụ như huyệt chôn, nghĩa trang, hầm mộ, lăng mộ, quan tài, bình đựng tro hoả táng, nơi chôn cất, bia mộ, và giá tiền đào huyệt/lấp huyệt không được trả trong bảo hiểm hợp đồng chôn cất? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không–Trả lời phần I

Ai làm chủ? _____

Mai táng của ai? _____ Đã trả hết? ❑ Có ❑ Không

Xin cho biết chi tiết? _____

Trị giá? _____

I. Có ai có sự tín nhiệm? ❑ Có – Ai? _____ ❑ Không – Trả lời phần J

(**Sự tín nhiệm là gì ?** – Sự tín nhiệm là một quan hệ hợp pháp trong đó người được uỷ thác giữ tiền hoặc tài sản cho người được hưởng tài sản. Sự tín nhiệm phải được hợp lệ dưới luật của tiểu bang. Hồ sơ tín nhiệm phải viết rõ sẽ dùng tiền và tài sản vào việc gì và như thế nào. Có thể được hình thành như di chúc.)

J. Có vật sở hữu nào khác (ví dụ như hiện kim, tiền cho ngân hàng mượn, tiền cho chính phủ mượn, hoặc những thứ giá trị khác)? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Ký tên ở trang kế

Ai là chủ? _____

Loại nào? _____

Giá trị? _____

Đây là phần cuối của đơn. Qúi vị phải ký tên vào đơn.

QUYỀN LỢI VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÍ VỊ

NHỮNG ĐIỀU MEDICAID YÊU CẦU QUÍ VỊ

QUỐC TỊCH VÀ TÌNH TRẠNG DI TRÚ: Qúy vị khai rằng qúy vị là công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú hợp pháp.
KHAI SỰ THẬT: Những thông tin quí vị khai trong đơn phải đúng và chính xác. Quí vị hiểu rằng nếu những thông tin qúy vị khai không đúng HOẶC dấu không khai những gì mà quí vị phải khai để quí vị có thể nhận trợ cấp y tế, trong khi qúy vị không được hợp lệ. Nếu điều này xảy ra, quí vị sẽ bị phạt theo luật pháp. Hơn thế nữa, quí vị sẽ phải hoàn trả lại số tiền văn phòng Medicaid đã trả ra cho những giấy nợ y tế của quí vị vì khai gian.
SỰ XÁC MINH THÔNG TIN: Quí vị hiểu rằng những thông tin quí vị khai về quí vị và sẽ được kiểm tra. Quí vị đồng ý sẽ giúp và cho phép văn phòng Medicaid thu thập thông tin cần thiết từ những cơ quan chính phủ, cơ sở làm, nơi cung cấp dịch vụ y tế, và những cơ quan khác.
SỐ AN NINH XÃ HỘI: Quí vị hiểu rằng số An Ninh Xã Hội chỉ dùng để xác nhận thông tin từ những cơ quan chính phủ để có quyết định chính xác về đơn xin trợ cấp của quí vị và/hoặc người xin trợ cấp y tế.
CHI PHÍ VỀ Y TẾ TRẢ BỞI CƠ QUAN TRUNG GIAN: Quí vị hiểu rằng nếu quí vị nhận trợ cấp y tế, Bộ Y Tế có quyền thu hồi tiền đã trả ra cho những dịch vụ y tế của quí vị, nếu quí vị đã được hãng bảo hiểm khác trả, hoặc nếu quí vị thắng kiện và được bồi thường.
BÁO CÁO SỰ THAY ĐỔI: Quí vị đồng ý báo cho văn phòng Medicaid biết nếu có sự thay đổi trong vòng 15 ngày về : 1) nếu qúy vị dọn ra khỏi tiểu bang; 2) thay đổi về địa chỉ gửi thư hoặc địa chỉ nhà) 3) khi có người dọn vào hay dọn ra khỏi nhà; 4) thay đổi về hãng bảo hiểm sức khỏe và tiền đóng mua bảo hiểm hàng tháng; 5) thay đổi về lợi tức, và 6) thay đổi quy ền ss ở h ữu c ủa nh ững người đang nhận Medicaid vì tàn tật hoặc trên 64 tuổi.
ĐIỀU LUẬT VỀ SỰ CẤP DƯỠNG CHO TRẺ : Quí vị hiễu rằng văn phòng Medicaid chỉ gửi hồ sơ đến cơ quan Child Support Enforcement để được giúp về vấn đề y tế nếu được quí vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ phải giới thiệu quí vị đền văn phòng Child Support Enforcement nếu quí vị nhận trợ cấp y tế

NHỮNG QUYỀN LỢI VÀ YÊU CẦU CỦA TÔI

SỰ GIẢI TH ÍCH CÔNG BẰNG: Quí vị có thể yếu cầu một cuộc giải thích nếu quí vị cho rằng sự quyết định về đơn xin trợ cấp y tế của quí vị không công bằng, không chính xác, hoặc có quyết định quá trễ.
KHÔNG PHÂN BIỆT: Quí vị hiểu rằng văn phòng Medicaid không thể phân biệt chủng tộc, mầu da, giới tính, tật nguyễn, tôn giáo, quốc gia, chính trị. Nếu quí vị nghĩ đã bị đối sử như trên, quí vị có thể liên lạc U.S.DHHS Regional Office for Civil Rights in Dallas, TX at 1-800-368-1019 hoặc viết thư tới văn phòng Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources at P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.
NHỮNG PHỤ VỤ KHÁC: Quí vị hiễu rằng thông tin về chương trình phiều sữa (WIC), phục vụ y tế cho trẻ em (KIDMED), và những phục vụ khác của y tế sẽ được gửi đến cho người được nhận trợ cấp y tế.
LUẬT THU HỒI BẤT ĐỘNG SẢN CỦA NHỮNG NGƯỜI NHẬN TRỢ CẤP Y TẾ TỪ VIỆN DƯỠNG LÃO, NHÓM NHÀ VÀ DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG: Quí vị hiễu rằng luật thu hồi bất động sản yêu cầu bộ y tế thu hồi khoản tiền nhất định từ những bất động của người xin trợ cấp. Khoản tiền này bao gồm tiền trả cho những nơi cung cấp phục vụ y tế, bệnh viện, số tiền trả cho HCBS or PACE và tiền mua thuốc theo toa của bệnh nhân trên 55 tuổi. Bất động sản là những vật sở hữu của người quá cố. Bộ y tế sẽ không tiền hành đòi bất động sản nếu người xin trợ cấp hoặc người phối ngẫu của người quá cố vẫn còn sống. Bộ y tế sẽ không tiền hành đòi bất động sản nếu người quá cố có con dưới 21 tuổi , mù, hoặc bị tàn tật. Sự thu hồi sẽ không được tiến hành nếu số tiền thu lại không đáng kể, hoặc nếu người thừa kế xin giúp vì gặp khó khăn sau khi người xin trợ cấp qua đời. Sự khó khăn có thể tồn tại nếu bất động sản đó là lợi tức duy nhất của người thừa kê, nếu lợi tức đó bị gới hạn, hoặc có lý do chính đáng.

↓ QUÍ VỊ PHẢI KÝ TÊN Ở DƯỚI ↓

Ký tên:_____**Ngày** _____

Người phối ngẫu ký tên (nếu xin trợ cấp)**:**_____**Ngày** _____

Nếu nhân viên văn phòng Medicaid điền đơn này, họ sẽ ký tên ở dưới.

_____**Date**_____

Chú thích của người xin trợ cấp hoặc nh ân viên Medicaid:

_____

_____

_____

_____

_____

Người có chú thích ký tên ở đây:_____**Ngày**:_____

Gửi cho chúng tôi những hồ sơ này
Bản sao thẻ bảo hiểm cá nhân (mặt trước và mặt sau)
Nếu quí vị không phải là công dân Hoa Kỳ, thì gửi bản sao thẻ Thường Trú (thẻ xanh) hoặc những đơn từ sở Di Trú.
Nếu quí vị **không sinh** ở Louisiana **VÀ** quí chưa bao giờ nhận trợ cấp An Ninh Xã Hội hoặc An Ninh Xã Hội phụ (SSI), hoặc Medicare, gửi chứng nhận công dân Hoa Kỳ như giấy khai sinh, giấy chứng nhận ngày sinh do bệnh viện cấp, hộ Chiếu Hoa Kỳ, hoặc giấy nhận con nuôi. Nếu quí vị không có những hồ sơ này, hỏi chúng tôi để biết quí vị có thể dùng hồ sơ nào thay thế.
Cuống lương của tháng trước có số tiền lương (trước khi trừ thuế) hoặc giấy chứng nhận của chủ sở làm. Nếu quí vị có cơ sở làm riêng, gửi bản sao của thuế liên bang và những đơn thuế liệt kê (schedule) – của quí vị, người phối ngẫu, và (nếu quí vị dưới 19 tuổi) của cha m ẹ sống chung trong nhà.
Chứng nhận lợi tức (trước khi trừ thuế) từ lợi tức cựu quân nhân, tiền bồi thường lao động, tiền cấp dưỡng vợ/chồng, và những lợi tức khác không phải từ việc làm. Chứng nhận có thể là thư báo được nhận tiền và đơn 1099 của năm trước – của quí vị, người phối ngẫu, và (nếu quí vị dưới 19 tuổi) của cha m ẹ sống chung trong nhà.
Chứng nhận từ bạn bè hoặc họ hàng, nếu người này cung cấp tiền cho quí vị, người phối ngẫu, và con quí vị
Chứng nhận và giá trị của những thứ như trương mục ngân hà ng, quỹ hưu trí, bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm mai táng và những thứ khác. Ví dụ: giấy nhà băng, hợp đồng bảo hiểm, hợp đồng mai táng, tiền cho chính phủ mượn, cổ phiếu, những tài sản được thừa kế
Chứng nhận từ nhà trẻ nếu trả tiền gửi trẻ. Chứng nhận số tiền trả để chăm sóc người bị tàn tật.
Chứng nhận của toà án buộc và số tiền phải cấp dưỡng cho vợ/chồng hoặc con không ở chung một nhà. Nếu trả qua văn phòng Louisiana Support Enforcement Services (SES), Quí vị **không phải** gửi chứng minh – cho chúng tôi biết.
Nếu xin trợ cấp y tế cho ba tháng trước ngày quí vị điền đơn điền đơn, gửi chứng nhận lợi tức cho những tháng quí vị muốn xin.
Nếu quí vị đã có thử nghiệm qua chương trình Early Detection Program & bị chuẩn đoán bị ung thư vú, gửi chứng nhận của kết quả thử nghiệm.

Làm ơn gửi đơn và hồ sơ chứng minh đến văn phòng Medicaid địa phương ngay. Nếu quí vị không có những hồ sơ chúng tôi cần, có thể bổ túc sau. Để biết văn phòng gần nơi quí vị ở hoặc số fax, gọi số 1-888-342-6207. Nếu quí vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404.