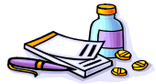
Medicaid Purchase có thể đáp ứng nhu cầu của quý vị!

Medicaid Purchase là gì?

Louisiana's Medicaid Purchase Plan là một chương trình bảo hiểm sức khỏe **PHẢI CHĂNG CHỈ** dành cho công nhân bị khuyết tật.

Có những phúc lợi gì?

Chương trình bảo hiểm sức khỏe này bảo hiểm y tế đầy đủ bao gồm

thuốc kê toa 

chăm sóc tại bệnh viện

dịch vụ bác sĩ

dụng cụ & tiếp liệu y tế

vận chuyển y tế

dịch vụ hỗ trợ cá nhân (PAS)

Quý vị có thể nhận PAS nếu quý vị cần giúp đỡ trong sinh hoạt hàng ngày, như ăn và tắm, tìm và giữ việc làm.

Làm thế nào để tôi đủ tiêu chuẩn?

Để được bảo hiểm sức khỏe qua Medicaid Purchase, quý vị **phải**

- bị khuyết tật nặng (phù hợp với tiêu chuẩn An sinh Xã hội);
- làm việc;
- nhỏ nhất là 16 tuổi nhưng không quá 65 tuổi;
- có thu nhập **được tính** hàng tháng dưới $2257;
- có tài sản **được tính** thấp hơn $25,000;
- có bảo hiểm sức khỏe khác, nếu quý vị có thể nhận miễn phí; **và**
- trả phí bảo hiểm khi thu nhập **được tính** hàng tháng của quý vị cao hơn $1354.

Chúng tôi sẽ **tính** thấp hơn phân nửa số tiền quý vị kiếm được (làm việc để có) và tính tất cả trừ $20 cho mỗi khoản tiền khác mà quý vị nhận được.

Giới hạn thu nhập tăng mỗi năm vào tháng Tư.

Tài sản là gì?

Tài sản là những thứ như:

- tài khoản ngân hàng;
- cổ phần, trái phiếu, và những nguồn tiền mặt khác;
- xe hơi, xe tải, tàu thuyền, và các loại xe cộ khác;
- tài sản riêng, kể cả tài sản thừa kế hoặc bất động sản; **và**
- bất kỳ thứ gì quý vị sở hữu.

TIN VUI!
Nhà của quý vị, một chiếc xe, bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nhân thọ nào, tài khoản tiết kiệm chăm sóc y tế và tài khoản hưu trí, và cổ phần của vợ/chồng của quý vị trong tài sản công cộng **sẽ không được tính** vào chương trình này.

Bảo hiểm này có giá bao nhiêu đối với tôi?

"Phí bảo hiểm" của quý vị (tiền quý vị trả mỗi tháng) sẽ dựa trên thu nhập **được tính** của quý vị – không dựa trên tuổi hoặc tình trạng sức khỏe của quý vị.

Thu nhập Được tính	Phí bảo hiểm Hàng tháng
dưới $1354	$0
$1354 - $1805	$80
$1806 - $2257	$110

Tôi nộp đơn như thế nào?

Quý vị chỉ cần:

- điền vào mẫu đơn đính kèm;
- cung cấp thông tin chúng tôi cần; và
- gửi hoặc mang mẫu đơn này đến cho chúng tôi sớm nhất có thể.

Quý vị cần những thông tin nào từ phía tôi?

Quý vị cần cung cấp cho chúng tôi:

- Số An sinh Xã hội;
- bằng chứng tổng thu nhập tháng gần đây nhất của quý vị;
- Thẻ Medicare và bất kỳ thẻ bảo hiểm sức khỏe nào khác; **và**

- thẻ đăng ký người nước ngoài hoặc giấy di trú, nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ.

Gửi bản sao của những giấy tờ này sớm nhất có thể. **Không đợi** để gửi cùng với mẫu đơn này. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để cung cấp mọi thông tin còn thiếu sau khi chúng tôi nhận đơn của quý vị.

← (TÁCH RỜI MẪU ĐƠN Ở ĐÂY TRƯỚC KHI GỬI THƯ.)

Điều gì tiếp theo?

Trong hầu hết trường hợp, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có đủ tiêu chuẩn hay không và sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi trong vòng 45 ngày sau khi chúng tôi nhận được đơn của quý vị. Nếu quý vị không nhận những phúc lợi An sinh Xã hội thì chúng tôi sẽ phải quyết định về tình trạng khuyết tật của quý vị và có thể mất đến 90 ngày.

Tôi có thể gọi cho ai để được giúp đỡ?

Nếu quý vị cần giúp điền vào mẫu đơn này, hãy gọi cho văn phòng Medicaid tại địa phương của mình.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần thêm thông tin về Medicaid Purchase, **hãy gọi** cho chúng tôi theo số miễn phí 1+888+544-7996 hoặc TTY 1+800+220-5404, HOẶC **vào** trang **www.dhh.state.la.us**.

Dự án Tiên phong và Hỗ trợ Chương trình Phúc lợi Louisiana (BPAO) có thể giúp quý vị hiểu cách làm thế nào để có thể thay đổi phúc lợi của mình. Hãy gọi cho họ theo số điện thoại miễn phí 1+888+942-8104 hoặc TDD 1+504+942-5900, hoặc gửi e-mail đến

ssbenplan@lsuhsc.edu.

Chương trình Bảo vệ và Biện hộ cho Người thụ hưởng An sinh Xã hội (PABSS) có thể giúp tư vấn liên quan đến việc làm và các dịch vụ hỗ trợ khác. Hãy gọi cho họ theo số miễn phí (tiếng nói và TDD) 1+800+960-7705.

Ai có thể giúp tôi tìm việc làm?

Nếu quý vị nhận tiền từ Cơ quan Quản lý An sinh Xã hội do quý vị bị khuyết tật, thì chương trình Ticket to Work (Giới thiệu Việc làm) có thể trợ giúp. Hãy gọi cho họ theo số miễn phí 1+866+968-7842 hoặc TTY 1+866+833-2967. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin tại **www.yourtickettowork.com**.

Điều gì xảy ra nếu tôi bỏ hoặc mất việc?

Quý vị có thể giữ bảo hiểm Medicaid Purchase đến 6 tháng, nếu quý vị có kế hoạch trở lại làm việc.

Tôi có quyền gì?

Nếu quý vị nghĩ rằng quyết định của chúng tôi là

- ✓ không công bằng,
- ✓ sai, hoặc
- ✓ quá muộn,

quý vị có thể yêu cầu một cuộc Điều trần.

Để yêu cầu một cuộc điều trần, hãy gọi hoặc viết thư cho văn phòng Medicaid tại địa phương của quý vị và/hoặc viết thư trực tiếp cho:

DHH Bureau of Appeals
P. O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183

Chương trình Medicaid của Louisiana là một chương trình cơ hội công bằng. Quý vị sẽ không bị phân biệt đối xử vì chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, sự khuyết tật, tôn giáo, dân tộc hoặc niềm tin chính trị của quý vị.

Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã phân biệt đối xử với quý vị, hãy gọi Văn phòng Dân quyền Khu vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1+800+368-1019, gọi hoặc viết thư cho văn phòng Medicaid tại địa phương của quý vị, và/hoặc viết thư trực tiếp cho:

Department of Health & Hospitals
P. O. Box 1349
Baton Rouge, LA 70821-1349

This public document was published at a total cost of $2,286.90. Three thousand copies of this public document were published in this first printing at a cost of $2,286.90. The total cost of all printings of this document, including reprints, is $2,286.90. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804-9095 to advise applicants, recipients and other individuals of the Medicaid Purchase Plan under authority of 42 CFR 435.905 (a)(1). This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

BHSF Form 1-MPP Cover Vietnamese
Issued: 07/09 (English 06/09)
Prior Issues Obsolete

LOUISIANA Department of HEALTH and HOSPITALS

Quý vị có bị **khuyết tật** không?

Quý vị có muốn **làm việc**, hoặc làm việc thêm không?

Quý vị có cần **bảo hiểm** sức khỏe không?

1+888+544-7996

BHSF Form 1-MPP Viet
Rev. 07/09 (English 04/05)
Prior Issues Obsolete

Medicaid Purchase Plan
for workers with disabilities

For Agency Use Only
Request date_____ (Application date)
Agency Rep_____

Để bảo vệ ngày nộp đơn của quý vị, chúng tôi phải nhận đơn này trước_____.
(chỉ dành cho cơ quan sử dụng)

Ngôn ngữ nào quý vị **nói** tốt nhất? ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Việt ☐ Khác (ghi rõ) _____
Ngôn ngữ nào quý vị **viết** tốt nhất? ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Việt ☐ Khác (ghi rõ) _____

Nếu quý vị không nói được tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp để điền mẫu đơn này, hãy gọi cho văn phòng Medicaid tại địa phương của quý vị hoặc gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí 1+888+544-7996. Nếu quý vị bị khiếm thính hoặc khó nghe, hãy gọi số TTY miễn phí 1+800+220-5404.

Đây là đơn xin bảo hiểm sức khỏe cho những người **khuyết tật** có **làm việc** và nhỏ nhất là 16 tuổi nhưng không quá 65 tuổi. Nếu quý vị cần Medicaid cho người khác, hãy đánh dấu **(✓)** vào ô này ☐. Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về việc nộp đơn xin bảo hiểm Medicaid khác. Vui lòng điền vào từng mục trên mẫu đơn này. Nếu câu trả lời cho một câu hỏi là không hoặc 0, hãy viết "không". Nếu quý vị cần thêm chỗ trống cho bất kỳ mục nào, hãy sử dụng một tờ giấy riêng.

1. Hãy cho chúng tôi biết QUÝ VỊ là ai, QUÝ VỊ sống ở đâu, và nơi QUÝ VỊ nhận thư:
Tên _____Giáo xứ _____
Địa chỉ _____Thành phố _____Tiểu bang___ Zip _____
Địa chỉ nhận thư _____Thành phố _____Tiểu bang___ Zip _____
Số điện thoại nhà (____)_____ Số điện thoại ban ngày (____)_____

2. Hãy cho chúng tôi biết về **quý vị** và **vợ/chồng** của quý vị. Quý vị không buộc phải cho số An sinh Xã hội của vợ/chồng của quý vị nếu họ không nộp đơn. Nếu có, thì số này chỉ được sử dụng để xác nhận tài sản. Quý vị không buộc phải cung cấp thông tin về chủng tộc. Nếu quý vị chọn cung cấp thông tin này, hãy sử dụng những mã số sau:
1=Người Da trắng; 2=Người Da đen; 3=Người Mỹ Da đỏ/Alaska; 4=Người Châu Á; 5=Người Hispanic/Latinh; 6=Người Hawaii/Đảo TBD; 7=Người Hispanic/Latinh & Khác; 8=Đa Chủng tộc, Không phải Người Hispanic; 9=Không biết

Tên - tên, tên lót, họ	Số An sinh Xã hội	Ngày sinh			Giới tính Nam/Nữ	Chủng tộc	Công dân Hoa Kỳ/ Người nước ngoài hợp pháp		Cư dân Louisiana		Quan hệ với quý vị
		Tháng	Ngày	Năm			Có	Không	Có	Không	
							☐	☐	☐	☐	quý vị
							☐	☐	☐	☐	vợ/chồng

3. Hãy cho chúng tôi biết về TỪNG việc làm hoặc công việc kinh doanh mà **quý vị** có. Hãy cho biết tổng thu nhập hoặc thu nhập trước khi khấu trừ, **lương** trước khi đóng thuế. (Gửi bản sao cuống phiếu lương hoặc những chứng từ khác về thu nhập tháng gần đây nhất của quý vị. Nếu quý vị tự kinh doanh, hãy gửi bản sao mẫu khai thuế liên bang mới nhất có đính kèm lịch đóng thuế. Gửi bằng chứng khác nếu quý vị không có mẫu khai thuế.)

Tên, địa chỉ, số điện thoại cơ quan HOẶC Thông tin tự kinh doanh	Số tiền đã nhận	Bao lâu được trả một lần?	Số giờ làm việc mỗi tuần
	$		
	$		

4. **Quý vị** có nhận được tiền theo các loại như được liệt kê dưới đây không? ☐ Có ☐ Không
- An sinh Xã hội
- Hưu trí/Trợ cấp hưu trí/Niên kim
- Phúc lợi Cựu chiến binh
- Thất nghiệp
- Bồi thường Tai nạn lao động
- Lợi nhuận/Cổ tức/Tiền bản quyền
- Tiền từ bạn bè hoặc thân nhân
- **Khoản tiền** khác không được liệt kê

(Cho biết **tất cả** tiền mà quý vị nhận được và gửi bằng chứng thu nhập. Quý vị **không phải** gửi bằng chứng về thu nhập An sinh Xã hội hoặc Thất nghiệp.)

Loại thu nhập	Tên, địa chỉ và số điện thoại nguồn thu nhập	Quý vị nhận bao nhiêu?	Bao lâu nhận một lần?
		$	
		$	

Quý vị đã bao giờ nộp đơn xin trợ cấp tiền từ bất kỳ nguồn nào trong số này? ☐ Có ☐ Không Nếu **Có**, khi nào và từ nguồn nào? _____

5. Quý vị có Medicare hoặc bảo hiểm khác không? ☐ Có ☐ Không Nếu **Có**, trả lời những câu sau:
(Gửi bằng chứng bảo hiểm và thanh toán phí bảo hiểm.)

Tên, địa chỉ và số điện thoại của công ty bảo hiểm	Nhóm/số hợp đồng	Chi phí hàng tháng	Hợp đồng bảo hiểm:		
			bệnh viện	bác sĩ	xe cấp cứu
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

Quý vị có thể nhận bảo hiểm sức khỏe từ cơ quan của mình không? ☐ Có ☐ Không

6. Quý vị, hoặc quý vị **cùng** với vợ/chồng của mình, có bất kỳ tài sản hoặc nguồn thu nào khác như liệt kê dưới đây không? ☐ Có ☐ Không Nếu **Có**, hãy cho chúng tôi những thông tin sau. (Gửi bằng chứng sở hữu và giá trị.)

Tài sản/Nguồn	Tên, địa chỉ và số điện thoại công ty; Số tài khoản và/hoặc mô tả	Giá trị	Tiền nợ
Tài khoản Tiết kiệm/Séc (loại)		$	
Chứng nhận Tiền gửi		$	
Tài khoản hưu trí		$	
Niên kim/Tín phiếu		$	
Cổ phiếu/Trái phiếu		$	
Xe cộ (nếu hơn một)		$	$
Tài sản, không phải nhà quý vị		$	$
Khác (vui lòng ghi rõ)		$	$

7. Quý vị **đã bao giờ** nộp đơn hoặc nhận phúc lợi cho Khuyết tật An sinh Xã hội hoặc Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) chưa? ☐ Có ☐ Không Nếu **Có**, khi nào? _____ Đã ra quyết định chưa? ☐ Có ☐ Không Nếu **Có**, quyết định đó như thế nào? _____

_____

8. Quý vị bị khuyết tật gì? _____

Hãy cho chúng tôi biết về bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác chăm sóc cho quý vị:

Tên nhà cung cấp dịch vụ	Địa chỉ và số điện thoại của nhà cung cấp dịch vụ y tế

9. Quý vị biết Medicaid Purchase Plan từ đâu? _____

Quyền và Trách nhiệm

❖ Tôi tuyên bố rằng tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp ở đất nước này.
❖ Thông tin tôi đã cung cấp trong mẫu đơn này là trung thực và đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi biết rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin không đúng HOẶC cố tình giấu giếm thông tin, thì tôi có thể nhận được phúc lợi y tế mà tôi không đủ tiêu chuẩn. Nếu điều này xảy ra, tôi có thể bị trừng phạt vì tội lừa đảo theo luật pháp. Tôi cũng có thể phải trả lại cho Medicaid mọi hóa đơn y tế đã thanh toán sai.
❖ Tôi hiểu rằng thông tin tôi đã cung cấp về trường hợp của tôi sẽ được kiểm tra. Tôi đồng ý trợ giúp cho việc này, và cho phép Medicaid lấy thông tin cần thiết từ các cơ quan chính phủ, công ty, nhà cung cấp dịch vụ y tế và các nguồn khác. Nếu tôi từ chối trợ giúp quá trình này hoặc trong những lần kiểm tra sau này do những thay đổi được báo cáo, hoặc là một phần của việc kiểm tra Sự hội đủ Tiêu chuẩn của Người thụ hưởng, có nghĩa là tôi chỉ nhận được Medicaid khi tôi trợ giúp.
❖ Tôi biết rằng số An sinh Xã hội chỉ được sử dụng để lấy thông tin từ những cơ quan chính phủ khác để chứng minh sự đủ tiêu chuẩn của tôi.
❖ Tôi đồng ý báo cho Medicaid trong vòng 10 ngày nếu 1) tôi rời khỏi tiểu bang; 2) có sự thay đổi về nơi ở hoặc địa chỉ nhận thư; 3) có sự thay đổi về những chương trình bảo hiểm sức khỏe khác; 4) có sự thay đổi về tình trạng việc làm của tôi.
❖ Khi chấp nhận Medicaid, là tôi đồng ý rằng bất kỳ sự thanh toán y tế nào nhận được từ những nguồn khác sẽ được gửi đến Bộ Y tế và Bệnh viện cho những dịch vụ đã được Medicaid bao trả.
❖ Tôi có thể yêu cầu cuộc Điều trần nếu tôi nghĩ rằng quyết định được đưa ra đối với trường hợp của tôi là không công bằng, không đúng hoặc quá muộn.
❖ Medicaid không thể đối xử khác biệt với tôi vì chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, sự khuyết tật, tôn giáo, dân tộc hoặc niềm tin chính trị của tôi. Nếu tôi nghĩ họ đã làm như vậy, thì tôi có thể gọi cho Văn phòng Dân quyền Khu vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1+800+368-1019 hoặc gửi thư cho Bộ Y tế & Bệnh viện, Phòng Nhân lực của tiểu bang Louisiana tại P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.

_____ _____
Chữ ký của Người nộp đơn hoặc Đại diện Ủy quyền Ngày

_____ _____
Chữ ký của Đại diện Cơ quan, nếu có Ngày