Medicaid Louisiana – Hoa Kỳ Mẫu Thông Tin Công Dân

1. **Vui lòng đọc tờ rơi "Thông Tin Quan Trọng của Medicaid Louisiana đi kèm mẫu đơn này.**
2. **Hãy điền và ký tên vào mẫu này.** Nếu cần thêm chỗ viết, hãy sử dụng một tờ giấy khác.
3. **Gửi ngay mẫu đơn này cho chúng tôi. Gửi, fax, hoặc mang mẫu đơn này** đến văn phòng Medicaid địa phương của quý vị. Nếu quý vị cần địa chỉ hoặc số fax, hãy gọi 1-888-342-6207. Nếu quý vị bị điếc hoặc khiếm thính, hãy gọi 1-800-220-5404.

Nếu quý vị muốn gửi giấy chứng minh tư cách công dân gốc và/hoặc thông tin nhận dạng, quý vị có thể thực hiện việc này và chịu trách nhiệm nếu có rủi ro. Các bản gốc sẽ được gửi lại cho quý vị. Chúng tôi cũng chấp nhận bản photo.

Vui lòng cung cấp cho chúng tôi thông tin sau đây về mỗi người nhận được hoặc đăng ký nhận Medicaid.

Người #1: Tên: (tên, chữ cái đầu tên đệm, họ) _____

Số An Sinh Xã Hội: _____ Tên Mẹ: _____

Nhũ Danh Của Mẹ: _____

Nơi Sinh: Thành Phố_____ Hạt_____ Tiểu Bang_____ Quốc Gia_____

Hiện nay họ đã từng hoặc đã nhận được bảo hiểm Medicare hoặc Thu Nhập An Toàn Bổ Sung (SSI) hay không? ☐ Có ☐ Không Nếu **có**, khoản nào? ☐ Medicare ☐ SSI

Người #2: Tên: (tên, chữ cái đầu tên đệm, họ) _____

Số An Sinh Xã Hội: _____ Tên Mẹ: _____

Nhũ Danh Của Mẹ: _____

Nơi Sinh: Thành Phố_____ Hạt_____ Tiểu Bang_____ Quốc Gia_____

Hiện nay họ đã từng hoặc đã nhận được bảo hiểm Medicare hoặc Thu Nhập An Toàn Bổ Sung (SSI) hay không? ☐ Có ☐ Không Nếu **có**, khoản nào? ☐ Medicare ☐ SSI

Người #3: Tên: (tên, chữ cái đầu tên đệm, họ) _____

Số An Sinh Xã Hội: _____ Tên Mẹ: _____

Nhũ Danh Của Mẹ: _____

Nơi Sinh: Thành Phố_____ Hạt_____ Tiểu Bang_____ Quốc Gia_____

Hiện nay họ đã từng hoặc đã nhận được bảo hiểm Medicare hoặc Thu Nhập An Toàn Bổ Sung (SSI) hay không? ☐ Có ☐ Không Nếu **có**, khoản nào? ☐ Medicare ☐ SSI

Người #4: Tên: (tên, chữ cái đầu tên đệm, họ) _____

Số An Sinh Xã Hội: _____ Tên Mẹ: _____

Nhũ Danh Của Mẹ: _____

Nơi Sinh: Thành Phố_____ Hạt_____ Tiểu Bang_____ Quốc Gia_____

Hiện nay họ đã từng hoặc đã nhận được bảo hiểm Medicare hoặc Thu Nhập An Toàn Bổ Sung (SSI) hay không? ☐ Có ☐ Không Nếu **có**, khoản nào? ☐ Medicare ☐ SSI

Hãy ký tên của quý vị ở đây _____ **Ngày Tháng** _____

Người phối ngẫu ký tên ở đây (nếu có) _____ **Ngày Tháng** _____