DEPARTMENT OF HEALTH AND HOSPITALS

Đơn Đăng Ký GNOCHC
Chỉnh sửa 05/2011
Thay Thế Bản Cũ

Đơn đăng ký cho
Greater New Orleans Community Health Connection

Bảo hiểm y tế miễn phí dành cho người lớn trong khu vực Greater New Orleans

- Sử dụng mẫu đơn này để đăng ký tham gia chương trình có tên là "Greater New Orleans Community Health Connection" (GNOCHC). Quý vị sống ở một trong các Hạt sau đây: Orleans, Jefferson, St. Bernard, hoặc Plaquemines.
- Chỉ sử dụng 1 mẫu đơn cho mỗi hộ gia đình.
- Nếu cần thêm chỗ trống, hãy sử dụng một tờ giấy riêng.
- Dùng mực đen.
- Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi cho chúng tôi qua số **1-888-342-6207**.
- Nếu quý vị có thắc mắc và sử dụng điện thoại văn bản TTY, hãy gọi cho chúng tôi qua số **1-800-220-5404**.

Nơi gửi đơn đăng ký của quý vị:

- Nếu quý vị đang ở một phòng mạch, hãy gửi đơn đã điền cho một nhân viên của phòng mạch.
- Fax mẫu đơn đã điền đến số **1-866-861-6018**.
- Gửi đơn đã điền đến: **Orleans Regional Medicaid**
  P.O. Box 60840
  New Orleans, LA 70160

Ngôn ngữ bệnh nhân muốn dùng là gì? ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Khác: _____

Mục 1 Thông Tin Liên Hệ

Địa Chỉ Gửi Thư			**Địa Chỉ Nhà (nếu khác)** ☐ **Đánh dấu vào đây nếu giống với Địa Chỉ Nhà. Nếu khác, hãy cho chúng tôi biết ở bên dưới.**		
Hộp Thư hoặc Địa Chỉ Đường		Căn Hộ/Lô #	Địa Chỉ Đường		Căn Hộ/Lô #
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Hạt Cư Trú ☐ Orleans ☐ Jefferson ☐ Plaquemines ☐ St. Bernard ☐ Khác:					
Điện Thoại Nhà ( )	Điện Thoại Di Động ( )		Địa Chỉ Email (nếu có)		

Chỉ Dành Cho Cơ Quan Sử Dụng

Trung Tâm AC _____ Mã ID AC _____ Đại Diện AC _____

Mục 2 Những người sống trong nhà quý vị

Hãy cho chúng tôi biết về quý vị, vợ/chồng và những người con nào của quý vị dưới 19 tuổi.

	Quý vị	Vợ/chồng	Trẻ 1	Trẻ 2
Quan hệ với quý vị	☒ Bản thân quý vị	☐ Vợ/chồng	☐ Con ☐ Kế tự ☐ Cháu nội/ngoại ☐ Khác:	☐ Con ☐ Kế tự ☐ Cháu nội/ngoại ☐ Khác:
Tên, Chữ cái đầu của tên đệm				
Họ (Tên hậu tố: Sr., Jr., v.v.)				
Số An Sinh Xã Hội				
Ngày sinh (tháng/ngày/năm)				
Chủng tộc (Không bắt buộc—quý vị có thể đánh dấu một hoặc nhiều chỗ)	☐ Người da trắng ☐ Người da đen ☐ Người Châu Á ☐ Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Các Đảo Thái Bình Dương ☐ Người Da Đỏ hoặc Người Alaska Bản Xứ Bộ tộc:_____ ☐ Khác: _____	☐ Người da trắng ☐ Người da đen ☐ Người Châu Á ☐ Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Các Đảo Thái Bình Dương ☐ Người Da Đỏ hoặc Người Alaska Bản Xứ Bộ tộc:_____ ☐ Khác: _____	☐ Người da trắng ☐ Người da đen ☐ Người Châu Á ☐ Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Các Đảo Thái Bình Dương ☐ Người Da Đỏ hoặc Người Alaska Bản Xứ Bộ tộc:_____ ☐ Khác: _____	☐ Người da trắng ☐ Người da đen ☐ Người Châu Á ☐ Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Các Đảo Thái Bình Dương ☐ Người Da Đỏ hoặc Người Alaska Bản Xứ Bộ tộc:_____ ☐ Khác: _____
Người này có phải là Người Gốc Tây Ban Nha hoặc Bồ Đào Nha hay Mỹ Latin hay không? (Không bắt buộc)	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không
Giới tính	☐ Nam ☐ Nữ	☐ Nam ☐ Nữ	☐ Nam ☐ Nữ	☐ Nam ☐ Nữ
Người này có muốn đăng ký xin bảo hiểm không?	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không
Người này có bảo hiểm y tế hay không?	☐ Có Bảo hiểm này có thông qua một việc làm không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không Bảo hiểm này có được cung cấp thông qua một việc làm không? ☐ Có ☐ Không	☐ Có Bảo hiểm này có thông qua một việc làm không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không Bảo hiểm này có được cung cấp thông qua một việc làm không? ☐ Có ☐ Không	☐ Có Bảo hiểm này có thông qua một việc làm không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không Bảo hiểm này có được cung cấp thông qua một việc làm không? ☐ Có ☐ Không	☐ Có Bảo hiểm này có thông qua một việc làm không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không Bảo hiểm này có được cung cấp thông qua một việc làm không? ☐ Có ☐ Không
Người này đã kết thúc chương trình bảo hiểm y tế trong 12 tháng vừa qua?	☐ Có ☐ Không Khi nào?	☐ Có ☐ Không Khi nào?	☐ Có ☐ Không Khi nào?	☐ Có ☐ Không Khi nào?
Khuyết tật là một dạng thiểu năng về thể chất hoặc tâm thần kéo dài ít nhất một năm hoặc có khả năng dẫn đến tử vong.				
Người này có bị khuyết tật không?	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không
Câu trả lời của quý vị về tư cách công dân sẽ được bảo mật.				
Người này có phải là công dân Hoa Kỳ hay không?	☐ Có – Bỏ qua đến Mục 3 ☐ Không – Tiếp Tục	☐ Có – Bỏ qua đến Mục 3 ☐ Không – Tiếp Tục	☐ Có – Bỏ qua đến Mục 3 ☐ Không – Tiếp Tục	☐ Có – Bỏ qua đến Mục 3 ☐ Không – Tiếp Tục
Người này có phải là một cư dân dài hạn hợp pháp hay không?	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không
Người này được cấp phép cư trú khi nào?				
Số Thẻ (Xanh) Cư Trú Dài Hạn				
Alien #	A	A	A	A

Mục 3 Thu nhập từ việc làm (Ví dụ: tiền mặt, ngân phiếu, tiền bo)

Cha mẹ hoặc trẻ trong gia đình có đi làm không? ☐ Có—Hãy cho chúng tôi biết ở bên dưới. ☐ Không—Bỏ qua đến Mục 4. Vui lòng liệt kê từng công việc. Không bao gồm thu nhập của ông bà hay những người chăm sóc khác không phải cha mẹ.

Tên người đi làm	Tên Của Nhà Tuyển Dụng & Số Điện Thoại	Người này có tự mở công ty không (self-employed)?	Bao nhiêu? (Tổng thu nhập trước thuế)	Bao lâu một lần? (Hàng tuần, 2 tuần một lần, hai lần một tháng, hàng tháng)
		☐ Có ☐ Không	$	
		☐ Có ☐ Không	$	
		☐ Có ☐ Không	$	

Mục 4 Thu Nhập Khác (Ví dụ: An Sinh Xã Hội, tiền cấp dưỡng, trợ cấp thất nghiệp, bồi thường tai nạn lao động, chu cấp nuôi con)

Cha mẹ hoặc trẻ trong gia đình có nhận được thu nhập ngoài việc làm không?
☐ Có—Hãy cho chúng tôi biết ở bên dưới. ☐ Không—Bỏ qua đếnMục 5.
Nếu thu nhập là tiền chu cấp nuôi con, hãy liệt kê đứa trẻ với tư cách người nhận.

Ai nhận được?	Từ đâu?	Bao Nhiêu? (Tổng thu nhập trước thuế)	Bao Lâu Một Lần? (Hàng tuần, 2 tuần một lần, hai lần một tháng, hàng tháng)
		$	
		$	
		$	

Mục 5 Chi phí

Hãy cho chúng tôi biết về các khoản chi phí dành cho cha mẹ và con cái họ trong gia đình quý vị.

Chi phí		Ai trả?	Bao nhiêu mỗi tháng?
Chu cấp nuôi con theo lệnh tòa?	☐ Có ☐ Không		$
Tiền cấp dưỡng theo lệnh tòa?	☐ Có ☐ Không		$
Chăm sóc cho một đứa trẻ hoặc cho một người khuyết tật? Ai được chăm sóc? _____	☐ Có ☐ Không		$

Mục 6 Chi Phí Y Tế

Có bất kỳ ai có tên trên đơn đăng ký này có hóa đơn (đã trả hoặc chưa trả) cho dịch vụ chăm sóc y tế nhận được trong 3 tháng vừa qua không? ☐ Có – Hãy cho chúng tôi biết ở bên dưới. ☐ Không - Bỏ qua đến Mục 7.

Ai được chăm sóc?	Tên và số điện thoại của bác sĩ, phòng mạch, hay nhà cung cấp dịch vụ y tế khác	Ngày cung cấp dịch vụ?	Tổng Chi Phí

Mục 7 Khác

Có bất kỳ đương đơn nào trong gia đình mang thai hay không?	☐ Có ☐ Không	Ai mang thai? Ngày Dự Sinh:
Có bất kỳ đương đơn nào có bảo hiểm Medicare hay không?	☐ Có ☐ Không	Ai có Medicare?
Có bất kỳ đương đơn nào trước đây từng có bảo hiểm Medicare hay không?	☐ Có ☐ Không	Ai cần thẻ mới?

Mục 8 Tài sản của quý vị

Chỉ điền mục này nếu có người làm đơn trên 65 tuổi hoặc bị khuyết tật. *Khuyết tật là một dạng thiểu năng về thể chất hoặc tâm thần kéo dài ít nhất 1 năm hoặc có khả năng dẫn đến tử vong.*

Tài sản của quý vị	**Ai sở hữu?**	**Tên Ngân Hàng hoặc Mô Tả Tài Sản**	**Giá trị của nó?**
Tài khoản ngân hàng? ☐ Có ☐ Không			$
Chứng Nhận Ký Gửi (CD)? ☐ Có ☐ Không			$
Khoản niên kim, quỹ tín thác, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản hưu trí? ☐ Có ☐ Không			$
Tài sản không phải căn nhà của quý vị (như nhà thừa kế hoặc nhà nghỉ)? ☐ Có ☐ Không			$
Bảo hiểm nhân thọ hoặc chôn cất? ☐ Có ☐ Không			$
Tiền dành riêng cho chôn cất? ☐ Có ☐ Không			$
Xe cộ (xe hơi, xe tải, tàu thuyền, xe cắm trại, xe máy, ATV)? ☐ Có ☐ Không			$
Két ký gửi an toàn? ☐ Có ☐ Không			$
Quỹ tín thác? ☐ Có ☐ Không			$
Khác? (vui lòng cho biết cụ thể) ☐ Có ☐ Không			$

Đơn đăng ký kết thúc ở đây. Hãy đọc và ký tên bên dưới.

Khi ký tên vào đơn đăng ký này tôi cho phép Tiểu Bang Louisiana và các cơ quan của nó tiếp xúc với những bên khác để xác nhận thông tin được cung cấp trên mẫu đơn này. Tôi xác nhận, và chịu trách nhiệm trước pháp luật, rằng tất cả thông tin có trên đơn đăng ký này, kể cả thông tin về tư cách công dân Hoa Kỳ, hoặc tình trạng nhập cư hợp pháp của tất cả những người đăng ký xin phúc lợi, là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đã đọc hoặc có người đọc cho tôi mục "Quyền Lợi và Trách Nhiệm" của đơn đăng ký này, kể cả các biện pháp trừng phạt hành vi gian lận.

Ký Tên Ở Đây:	**Ngày:**
Vợ/Chồng Ký Tên Ở Đây (nếu có):	**Ngày:**

Quyền Lợi và Trách Nhiệm	
Sở Y Tế và Bệnh Viện Louisiana (Louisiana Department of Health and Hospitals, DHH) có quyền mong đợi gì ở quý vị	
Thay đổi	Quý vị đồng ý thông báo cho DHH trong vòng 10 ngày về những thay đổi sau đây: 1) nếu có bất kỳ ai đang nhận bảo hiểm y tế chuyển ra khỏi tiểu bang; 2) nếu có bất kỳ ai đến ở hoặc rời khỏi gia đình; 3) nếu có thay đổi về địa chỉ gửi thư hoặc địa chỉ nhà của quý vị; 4) nếu có thay đổi về bảo hiểm y tế và phí bảo hiểm hoặc nếu có bất kỳ ai nhận được bảo hiểm y tế.
Báo cáo sự thật	Quý vị tuyên bố rằng các câu trả lời của quý vị trên đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác. Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin không đúng sự thực hoặc nếu quý vị rút lại thông tin đó, có nghĩa là quý vị đã gian lận. Nếu quý vị gian lận, quý vị có thể phải trả lại số tiền mà DHH thanh toán cho chi phí chăm sóc mà quý vị nhận được.
Số An Sinh Xã Hội	Quý vị hiểu rằng số An Sinh Xã Hội sẽ chỉ được sử dụng để thu thập thông tin từ các cơ quan chính phủ khác để xác định tính xem quý vị có đủ điều kiện nhận dịch vụ hay không.
Thanh toán dịch vụ chăm sóc bảo hiểm bởi một bên thứ ba	Bằng cách chấp nhận dịch vụ chăm sóc y tế, quý vị hiểu rằng DHH có quyền nhận khoản tiền mà quý vị nhận được từ các nguồn khác như các khoản thanh toán bảo hiểm hoặc thanh toán pháp lý cho các dịch vụ mà DHH đã thanh toán cho quý vị.
Thực Thi Nghĩa Vụ Chu Cấp Nuôi Con	Quý vị hiểu rằng DHH sẽ chỉ gửi thông tin trường hợp cho cơ quan Thực Thi Nghĩa Vụ Chu Cấp Nuôi Con để hỗ trợ y tế nếu quý vị yêu cầu. DHH sẽ chỉ lập giấy giới thiệu nếu cha mẹ của những trẻ dưới 19 tuổi nhận được bảo hiểm Medicaid. Quý vị có thể yêu cầu DHH không chuyển quý vị đến cơ quan Thực Thi Nghĩa Vụ Chu Cấp Nuôi Con nếu quý vị thấy rằng quý vị có lý do chính đáng không hợp tác với cơ quan đó.
Quý vị có quyền yêu cầu DHH điều gì	
Quyền được điều trần công bằng	Quý vị hiểu rằng quý vị có thể yêu cầu có Buổi Điều Trần Công Bằng nếu quý vị cho rằng có bất kỳ quyết định nào về trường hợp này là không công bằng, không chính xác, hoặc được đưa ra quá trễ.
DHH không được phân biệt đối xử	Quý vị hiểu rằng DHH không được phân biệt đối xử với quý vị do chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, khuyết tật, quốc tịch, hoặc chính kiến. Nếu quý vị cho rằng họ đã phân biệt đối xử, quý vị có thể gọi cho Văn Phòng Bảo Vệ Dân Quyền Khu Vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX qua số 1-800-368-1019 hoặc gửi văn bản đến Sở Y Tế & Bệnh Viện của Louisiana, Phòng Nhân Sự tại P. O. Box 4818, Baton Rouge, LA 70821-4818.
Các dịch vụ khác	Quý vị hiểu rằng thông tin về WIC, KIDMED, và các chương trình khác có thể được gửi cho bất kỳ ai đủ điều kiện.

Những giấy tờ chúng tôi có thể yêu cầu
Các bản sao thẻ bảo hiểm y tế (mặt trước và sau)
Đối với người không phải công dân Hoa Kỳ: các bản sao Thẻ Cư Trú Dài Hạn hoặc các mẫu đơn khác của Sở Công Dân và Nhập Cư Hoa Kỳ
Đối với bất kỳ ai có việc làm: giấy tờ chứng minh thu nhập chẳng hạn như biên nhận tiền lương của tháng trước hoặc thư xác nhận của nhà tuyển dụng
Nếu quý vị tự kinh doanh: các bản sao mẫu khai thuế của năm ngoái có đính kèm lịch đóng thuế
Đối với thu nhập ngoài việc làm (Ví dụ: Trợ Cấp Cựu Binh, bồi thường tai nạn lao động, trợ cấp thất nghiệp, chu cấp nuôi con, tiền cấp dưỡng): giấy tờ chứng minh thu nhập như giấy trợ cấp hoặc báo cáo thuế 1099 của bản khai thuế năm trước
Thư của bạn bè hay người thân cấp tiền cho quý vị
Giấy tờ chứng minh các khoản thanh toán đã thực hiện cho dịch vụ chăm sóc trẻ hoặc cho bất kỳ người nào có khuyết tật
Lệnh tòa hoặc giấy tờ chứng minh tiền chu cấp nuôi con hoặc tiền cấp dưỡng dành cho bất kỳ ai ngoài gia đình
Giấy tờ chứng minh giá trị của tài sản của quý vị như bảng sao kê tài khoản, hợp đồng bảo hiểm, hợp đồng tang lễ, trái phiếu tiết kiệm, chứng nhận cổ phiếu, giấy tờ tín thác, hoặc giấy tờ thừa kế