

**Đơn Xin Bảo Hiểm Sức Khỏe & Giúp Trả Cho Các Chi Phí**Form Approved
OMB No. 0938-1213**➔ Nộp đơn nhanh hơn bằng cách lên trang mạng HealthCare.gov****Dùng đơn xin này để xem quý vị hội đủ điều kiện được bảo hiểm nào**

- Được chương trình bảo hiểm sức khỏe tư hợp túi tiền có đài thọ bảo hiểm toàn diện để giữ cho quý vị lành mạnh
- Được tín điểm về thuế (điểm thuế tax credit) mới có thể giúp trả ngay cho tiền bảo phí cho bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Bảo hiểm miễn phí hoặc giá rẻ của Medicaid hoặc của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe cho Trẻ Em (CHIP).

Quý vị có thể được hội đủ điều kiện hưởng chương trình miễn phí hoặc giá hạ, mặc dù quý vị kiếm được lên đến \$98,400 một năm (cho một gia đình có 4 người).**Ai có thể sử dụng đơn xin này?**

- Dùng đơn xin này để xin cho bất cứ người nào trong gia đình của quý vị.
- **Làm đơn xin mặc dù quý vị hoặc con của quý vị đã có bảo hiểm sức khỏe. Quý vị có thể hội đủ điều kiện được bảo hiểm giá rẻ hơn hoặc miễn phí.**
- Nếu độc thân, quý vị có thể dùng mẫu đơn ngắn. Xin xem trang HealthCare.gov.
- Các gia đình kể cả những người di dân có thể làm đơn xin. Quý vị có thể làm đơn xin cho con mình mặc dù quý vị không hội đủ điều kiện để được bảo hiểm. Việc làm đơn xin không ảnh hưởng tới tình trạng di trú của quý vị hoặc cơ hội trở thành một thường trú nhân hoặc công dân.
- Nếu một ai đó giúp quý vị điền đơn xin này, quý vị cần điền thêm Phụ Lục C.

**Những thông tin mà quý vị có thể cần cung cấp**

- Số An Sinh Xã Hội (hoặc số hồ sơ tài liệu cho những người di dân hợp pháp nào cần có bảo hiểm).
- Thông tin về hãng sở và thu nhập cho tất cả mọi người trong gia đình (ví dụ, từ lương, các mẫu W-2, hoặc các tờ khai lương bổng và thuế)
- Mã số hồ sơ hợp đồng cho bất kỳ bảo hiểm sức khỏe quý vị đang có.
- Thông tin về bất cứ bảo hiểm sức khỏe có liên quan tới công việc nào, hiện gia đình của quý vị đang có.

**Tại sao chúng tôi hỏi về những thông tin này?**

Chúng tôi hỏi về thu nhập và thông tin khác để cho quý vị biết loại bảo hiểm nào mà quý vị hội đủ điều kiện và biết rằng quý vị có thể có được sự trợ giúp nào để trả cho bảo hiểm đó hay không. **Chúng tôi sẽ giữ cho mọi thông tin mà quý vị cung cấp được giữ kín và bảo mật, đúng theo yêu cầu của pháp luật.** Để xem Tuyên bố về Đạo Luật Bảo Mật, xin xem trang HealthCare.gov hoặc xem các chỉ dẫn.

**Điều gì xảy ra kế tiếp?**

Gửi đơn xin mà quý vị đã điền và ký tên tới địa chỉ ghi ở trang 7. **Nếu quý vị không có đủ thông tin mà chúng tôi yêu cầu, vẫn cứ ký và nộp đơn xin của quý vị.** Chúng tôi sẽ liên hệ lại với quý vị trong vòng 1-2 tuần, và **quý vị có thể nhận được một cuộc gọi từ Marketplace nếu chúng tôi cần biết thêm thông tin.** Quý vị sẽ nhận được một lá thư quyết định về tình trạng hội đủ điều kiện qua bưu điện sau khi đơn của quý vị được xử lý. Nếu quý vị không được tin gì từ chúng tôi, xin liên lạc với Tổng Đài Marketplace (Marketplace Call Center). Việc điền vào đơn xin này không có nghĩa là quý vị phải mua bảo hiểm sức khỏe.

**Để được giúp đỡ về đơn xin này**

- **Lên trang mạng:** HealthCare.gov.
- **Số điện thoại:** Gọi tổng đài Marketplace Call Center at **1-800-318-2596**. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số **1-855-889-4325**.
- **Đến tận nơi:** Trong vùng của quý vị có thể có các cố vấn viên có thể giúp đỡ. Xem trang HealthCare.gov, hoặc gọi Tổng đài Marketplace tại số **1-800-318-2596** để biết thêm thông tin.
- **Các ngôn ngữ khác:** Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi **1-800-318-2596** và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí.

Quý vị có quyền yêu cầu nội dung trong bản thông tin này ở một định dạng khác. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu cảm thấy bị phân biệt đối xử. Xem trang www.cms.gov/about-cms/agency-Information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, hoặc gọi Tổng đài Marketplace tại số 1-800-318-2596 để biết thêm thông tin. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số 1-855-889-4325.

ĐỪNG ĐIỀN VÀO. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ MỘT ĐƠN XIN



Xin viết kiểu chữ in các chữ hoa và chỉ dùng mực đen hoặc xanh đậm.

Tô đậm các ô tròn (○) như thế này → ●.

BƯỚC 1: Cho chúng tôi biết về bản thân quý vị.

(Chúng tôi cần một người lớn trong gia đình để làm người liên lạc cho đơn xin của quý vị.)

1. Tên	Tên lót	Họ	Tiếp tố
<input type="text"/>			
2. Địa chỉ nhà (Để trống nếu quý vị không có địa chỉ này.)			3. Số căn hộ hoặc số dãy phòng
<input type="text"/>			<input type="text"/>
4. Thành phố	5. Tiểu bang	6. Số ZIP	7. Quận, xã, hoặc thị trấn
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Quận, xã, hoặc thị trấn			9. Số căn hộ hoặc số dãy phòng
<input type="text"/>			<input type="text"/>
10. Thành phố	11. Tiểu bang	12. Số ZIP	13. Quận, xã, hoặc thị trấn
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Số điện thoại ban ngày		15. Số điện thoại ban đêm	
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	
16. Quý vị có muốn lấy thông tin về đơn xin này qua email hay không?.....○ Có ○ Không			
Địa chỉ Email: <input type="text"/>			
17. Ngôn ngữ của quý vị muốn nói là gì? Ngôn ngữ đọc viết của quý vị muốn dùng là gì?			
<input type="text"/>			

BƯỚC 2: Cho chúng tôi biết về gia đình của quý vị.

Đối với những người lớn cần được bảo hiểm:

Điền vào các trang của Bước 2 cho tất cả những người sống trong gia đình và gia hộ của quý vị, ngay cả khi người này đã có bảo hiểm sức khỏe. Thông tin này giúp chúng tôi chắc chắn là mọi người có được bảo hiểm tốt nhất mà họ có thể có được. Lượng trợ giúp hoặc loại chương trình mà quý vị hội đủ điều kiện sẽ tùy theo số người trong gia đình và thu nhập của họ. Nếu quý vị không kể vào người nào, mặc dù họ đã có bảo hiểm sức khỏe, các kết quả về khả năng hội đủ điều kiện của quý vị có thể bị ảnh hưởng.

Đối với những người lớn cần được bảo hiểm:

Bao gồm những người này mặc dù tự họ không làm đơn xin bảo hiểm sức khỏe cho bản thân họ:

- Bất cứ người phối ngẫu nào
- Bất cứ người con trai hoặc gái dưới 21 tuổi mà họ sống chung, kể cả con cái khác cha hoặc khác mẹ
- Bất cứ người nào khác có cùng trên giấy khai thuế lợi tức liên bang (kể cả bất cứ người con nào trên 21 tuổi có khai trên giấy khai thuế của cha/mẹ). Quý vị không cần phải nộp đơn khai thuế để có được bảo hiểm sức khỏe.

Đối với trẻ em dưới 21 tuổi cần có bảo hiểm:

Bao gồm những người này mặc dù tự họ không làm đơn xin bảo hiểm sức khỏe cho bản thân họ:

- Bất cứ cha/mẹ (hoặc cha/mẹ kế) mà họ sống chung
- Bất cứ anh chị em nào mà họ sống chung
- Bất cứ con trai hoặc con gái nào mà họ sống chung, bao gồm các con khác cha hay khác mẹ
- Bất cứ người nào khác có tên trên cùng giấy khai thuế lợi tức liên bang. Quý vị không cần phải nộp đơn khai thuế để có được bảo hiểm sức khỏe.

Điền vào Bước 2 cho mỗi người trong gia đình của quý vị.

Bắt đầu với bản thân quý vị, sau đó thêm những người lớn và trẻ em khác. Nếu quý vị có nhiều hơn 2 người trong gia đình mình, quý vị sẽ cần lập một bản sao của các trang và đính kèm các trang này.

Quý vị không cần phải cung cấp thông tin về tình trạng di trú hoặc một số An Sinh Xã Hội (SSN) cho các thành viên nào không cần có bảo hiểm sức khỏe. Chúng tôi sẽ giữ cho mọi thông tin mà quý vị cung cấp được giữ kín và bảo mật, đúng theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi sẽ dùng thông tin cá nhân chỉ để kiểm tra xem quý vị có hội đủ điều kiện để có bảo hiểm sức khỏe hay không.

? **CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ?** Xin xem trang web HealthCare.gov. hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi 1-800-318-2596 và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số 1-855-889-4325.



BƯỚC 2: NGƯỜI 1 (Bắt đầu về bản thân quý vị).

Tự điền vào Bước 2 cho bản thân mình, người phối ngẫu/người sống chung của quý vị và con cái sống chung với quý vị và/hoặc bất cứ ai có tên trên cùng bản khai thuế liên bang chung nếu quý vị có nộp khai thuế. Xem trang 1 để biết thêm thông tin về người nào cần được bao gồm trong đó. Nếu quý vị không khai thuế, nên nhớ là vẫn điền thêm cho người thân sống chung với quý vị.

1. Tên	Tên lót	Họ	Tiếp tổ
--------	---------	----	---------

2. Quan hệ với NGƯỜI 1? BẢN THÂN	3. Quý vị có lập gia đình không? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	4. Ngày sinh (tháng/ngày/năm) / /	5. Giới tính <input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ
--	--	--	--

6. Số An Sinh Xã Hội (SSN) | | | - | | | - | | | | |

★ Chúng tôi cần Số An Sinh Xã Hội (SSN) nếu quý vị muốn có bảo hiểm sức khỏe và có một số SSN hay sẽ xin được số SSN. Chúng tôi dùng số SSN để kiểm tra thông tin về thu nhập và các thông tin khác để xem ai là người đủ điều kiện nhận được giúp đỡ chi trả các chi phí bảo hiểm. Để được giúp đỡ lấy một số SSN, xin xem trang socialsecurity.gov, hoặc gọi An Sinh Xã Hội tại số 1-800-772-1213. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số 1-800-325-0778.

7. **Quý vị có dự tính khai thuế thu nhập liên bang trong NĂM TỚI hay không?** Quý vị vẫn có thể làm đơn xin bảo hiểm sức khỏe mặc dù quý vị không khai thuế liên bang.

CÓ. Nếu có, xin trả lời các câu hỏi a-c. **KHÔNG.** Nếu không, bỏ qua cho tới câu hỏi c.

a. Liệu quý vị có nộp đơn khai chung với người phối ngẫu hay không? Có Không
Nếu có, viết tên của người phối ngẫu: _____

b. Liệu quý vị có khai bất cứ người phụ thuộc nào trên giấy khai thuế của mình không? Có Không
Nếu có, liệt kê (các) tên của những người phụ thuộc: _____

c. Liệu quý vị có được nêu là người phụ thuộc trên giấy khai thuế của bất cứ ai không? Có Không
Nếu có, xin liệt kê tên của người nộp giấy khai thuế: _____ Quý vị có quan hệ với người khai thuế như thế nào? _____

8. Quý vị hiện có mang thai hay không?..... Yes No a. **Nếu có,** dự kiến là có bao nhiêu em bé trong lần mang thai này?

9. **Quý vị có cần bảo hiểm sức khỏe hay không?** Mặc dù quý vị có bảo hiểm sức khỏe, có thể có một chương trình với sự đãi ngộ tốt hơn hoặc giá hạ hơn.

CÓ. Nếu có, trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây. **KHÔNG.** Nếu không, BỎ QUA và trả lời các câu hỏi về thu nhập ở trang 3 Để trống phần còn lại của trang này.

10. Quý vị có vấn đề gì về thể chất, tâm thần, hoặc cảm xúc khiến bị giới hạn trong các hoạt động (như tắm rửa, mặc quần áo, làm các công việc hàng ngày trong nhà, v.v...) hoặc sống tại một cơ sở y tế hoặc nhà điều dưỡng hay không? Có Không

11. Quý vị có phải là **Công dân Hoa Kỳ** hay **Người nhập tịch Hoa Kỳ** không? Có Không

12. Quý vị có phải là một **công dân nhập tịch** hoặc **nhập tịch theo cha mẹ** không? (Thường là quý vị được sinh ở nước khác ngoài Hoa Kỳ)

CÓ. Nếu có, điền vào a và b. **KHÔNG.** Nếu không, tiếp tục tới câu hỏi 13.

a. Số Ngoại kiều - Alien number: 	b. Số Chứng chỉ: 	Sau khi quý vị điền vào a và b, BỎ QUA và tới câu hỏi 14.
--------------------------------------	----------------------	---

13. **Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc người nhập tịch Hoa Kỳ,** quý vị có tình trạng di trú đúng điều kiện hợp pháp hay không?

CÓ. Điền vào loại hồ sơ và số ID. *Xem các chỉ dẫn.*

Loại hồ sơ di trú 	Loại tình trạng di trú (không bắt buộc phải điền) 	Viết tên của quý vị như được in trên hồ sơ di trú của quý vị.
-----------------------	---	---

Số Ngoại kiều hoặc I-94 	Số thẻ tùy thân hoặc số hộ chiếu
-----------------------------	--------------------------------------

SEVIS ID hoặc ngày hết hạn (không bắt buộc) 	Thông tin khác (mã số hạng mục hoặc quốc gia cấp phát)
---	--

a. Quý vị có từng sống ở Hoa Kỳ kể từ năm 1996 hay không? Có Không

b. Quý vị, hoặc người phối ngẫu hoặc cha/mẹ của quý vị, có là cựu quân nhân hoặc thành viên hiện đang làm nhiệm vụ trong quân đội Hoa Kỳ không? Có Không

14. Quý vị có muốn được giúp trả cho các hoá đơn y tế của 3 tháng qua hay không? Có Không

15. Quý vị có sống với ít nhất với một đứa trẻ dưới 19 tuổi, và quý vị có phải là người chăm sóc chính cho đứa trẻ này hay không? (Chọn "có" nếu quý vị hoặc người phối ngẫu chăm sóc cho đứa trẻ này)..... Có Không

16. Cho chúng tôi biết tên và quan hệ của bất cứ đứa trẻ nào dưới 19 tuổi sống chung với quý vị trong gia đình:
| | | | | | | | | | | |

17. Quý vị có phải là một học sinh toàn thời gian hay không?..... Có Không

18. Quý vị có từng ở viện chăm nuôi foster care từ 18 tuổi trở lên hay không?.... Có Không

Tùy chọn: (Điền vào tất cả những điều áp dụng)

20. **Chủng tộc:** Người da trắng Người Mỹ Da Đen hoặc Gốc Phi Châu Thổ Dân Mỹ hoặc Người Bản Xứ Alaska Người Phi Luật Tân Người Nhật Người Đại Hàn Người Ấn Độ Người Trung Hoa Người Việt Người Á Đông Khác Người Bản Xứ Hawaii Người Guamanian hoặc Chamorro Người Samoan Người Đảo Thái Bình Dương Khác Khác _____

? **CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ?** Xin xem trang web HealthCare.gov. hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi **1-800-318-2596** và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số **1-855-889-4325**.



BƯỚC 2: NGƯỜI 1 (Tiếp tục về bản thân quý vị).

Thông tin về công việc và thu nhập hiện nay

- Đi làm:** Nếu quý vị hiện đang đi làm, xin cho biết về thu nhập của quý vị. Bắt đầu với câu hỏi 21. **Không đi làm:** Bỏ qua tới câu hỏi 31. **Tự làm chủ:** Bỏ qua tới câu hỏi 30..

Công việc hiện tại 1:

21. Tên hãng sở

a. Địa chỉ hãng sở

b. Thành phố c. Tiểu bang d. Số ZIP 22. Số điện thoại của hãng sở

23. Tiền công/tiền tip huê hồng (trước khi trừ thuế) Theo giờ Mỗi tuần 2 tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm 24. Giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

Công việc hiện tại 2: (Nếu quý vị có công việc khác và cần thêm chỗ trống, đính kèm một tờ giấy khác)

25. Tên hãng sở

a. Địa chỉ hãng sở

b. Thành phố c. Tiểu bang d. Số ZIP 26. Số điện thoại của hãng sở

27. Tiền công/tiền tip huê hồng (trước khi trừ thuế) Theo giờ Mỗi tuần 2 tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm 28. Giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

29. Trong năm qua, quý vị có: Thay đổi công việc làm Ngưng làm việc Bắt đầu làm ít giờ hơn Không điều nào trong số này

30. Nếu tự mình làm chủ, xin trả lời câu a và b:

- a. Loại công việc:
- b. Thu nhập ròng sau khi trừ các thứ (lợi nhuận Net sau khi các chi phí cho kinh doanh đã được thanh toán) mà quý vị nhận được từ công việc mình tự làm chủ trong tháng này là bao nhiêu? Xem các chỉ dẫn.

31. Thu nhập khác mà quý vị có được trong tháng này: Điền vào tất cả những điều áp dụng, và cho biết số tiền và quý vị được lãnh bao lâu một lần. Đánh dấu vào đây nếu không có. **LƯU Ý:** Quý vị không cần cho chúng tôi biết về số tiền thu nhập từ việc cấp dưỡng cho con cái, số tiền trả của cựu quân nhân, hoặc Tiền Trợ Cấp An Sinh Bồ Sung (SSI).

<input type="radio"/> Thất nghiệp	\$	Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Tiền cấp dưỡng (Alimony) nhận được	\$	Bao lâu một lần?
<input type="radio"/> Hưu bổng	\$	Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Thu nhập ròng (Net) từ nghề nông/nghề cá sau khi trừ các thứ	\$	Bao lâu một lần?
<input type="radio"/> An Sinh Xã Hội	\$	Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Thu nhập ròng (Net) từ tiền cho thuê/phi bản quyền sau khi trừ các thứ	\$	Bao lâu một lần?
<input type="radio"/> Tài khoản Hưu trí	\$	Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Thu nhập khác	\$	Bao lâu một lần?

32. Các khoản khấu trừ: Điền vào tất cả những điều áp dụng, và cho biết số tiền và quý vị phải trả bao lâu một lần. Nếu quý vị trả cho một số điều có thể được khấu trừ trên giấy khai thuế lợi tức liên bang, hãy cho chúng tôi biết về những khoản này để có thể làm cho chi phí bảo hiểm sức khoẻ hơi thấp hơn một chút. **LƯU Ý:** Quý vị không nên để vào số tiền mà quý vị trả cho việc nuôi con, hoặc chi phí đã được xét đến trong phần quý vị đã trả lời cho thu nhập net do tự mình làm chủ (câu hỏi 30b)..

<input type="radio"/> Tiền cấp dưỡng (Alimony) đã trả	\$	Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Các khoản khấu trừ khác	\$	Bao lâu một lần?
<input type="radio"/> Tiền lãi vay đi học	\$	Bao lâu một lần?	Loại:		

33. Điền vào câu hỏi này nếu thu nhập của quý vị thay đổi trong năm, ví dụ như quý vị chỉ làm việc một thời gian trong năm hoặc chỉ nhận phúc lợi trong một vài tháng. Nếu quý vị không dự kiến là sẽ có các thay đổi cho thu nhập hàng tháng của mình, bỏ qua cho tới người kế tiếp

Tổng thu nhập của quý vị trong năm nay \$ Tổng lợi tức của quý vị trong năm tới (nếu quý vị nghĩ là sẽ khác biệt) \$

Xin cảm ơn! Chúng tôi chỉ cần biết về quý vị có bao nhiêu đó thôi

CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ? Xin xem trang web HealthCare.gov. hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi 1-800-318-2596 và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số 1-855-889-4325.

ĐỪNG ĐIỀN VÀO. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ MỘT ĐƠN XIN



BƯỚC 2: NGƯỜI 2

Cho chúng tôi biết về bất cứ thu nhập nào mà NGƯỜI 2 có được.
Điền vào trang này ngay cả khi NGƯỜI 2 không cần bảo hiểm sức khỏe

Thông tin về công việc và thu nhập hiện nay

- Đi làm:** Nếu NGƯỜI 2 hiện đang đi làm, xin cho biết về thu nhập của NGƯỜI 2. Bắt đầu với câu hỏi 23. **Không đi làm:** Bỏ qua tới câu hỏi 33. **Tự làm chủ:** Bỏ qua tới câu hỏi 32..

Công việc hiện tại 1:

23. Tên hãng sở

a. Địa chỉ hãng sở

b. Thành phố

c. Tiểu bang

d. Số ZIP

24. Số điện thoại của hãng sở

25. Tiền công/tiền tip huê hồng (trước khi trừ thuế)

\$

- Theo giờ Mỗi tuần 2 tuần một lần
 Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm

26. Giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

Công việc hiện tại 2: (Nếu NGƯỜI 2 có công việc khác và cần thêm chỗ trống, đính kèm một tờ giấy khác).

27. Tên hãng sở

a. Địa chỉ hãng sở

b. Thành phố

c. Tiểu bang

d. Số ZIP

28. Số điện thoại của hãng sở

29. Tiền công/tiền tip huê hồng (trước khi trừ thuế)

\$

- Theo giờ Mỗi tuần 2 tuần một lần
 Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm

30. Giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

31. Trong năm qua, liệu NGƯỜI 2 có: Thay đổi công việc làm Ngưng làm việc Bắt đầu làm ít giờ hơn Không điều nào trong số này

32. Nếu NGƯỜI 2 tự mình làm chủ, xin trả lời các câu hỏi sau đây:

a. Loại công việc:

b. Thu nhập ròng sau khi trừ các thứ (lợi nhuận Net sau khi các chi phí cho kinh doanh đã được thanh toán) mà NGƯỜI 2 nhận được từ công việc mình tự làm chủ trong tháng này là bao nhiêu? *Xem các chỉ dẫn.*

\$

33. Lợi tức khác mà NGƯỜI 2 nhận được trong tháng này: Điền vào tất cả những điều áp dụng, và cho biết số tiền và NGƯỜI 2 nhận được bao lâu một lần. Đánh dấu vào đây nếu không có. **LƯU Ý:** NGƯỜI 2 không cần cho chúng tôi biết về số tiền thu nhập từ việc cấp dưỡng cho con cái, số tiền trả của cựu quân nhân, hoặc Tiền Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI).

<input type="radio"/> Thất nghiệp	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Tiền cấp dưỡng (Alimony) nhận được	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Hưu bổng	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Thu nhập ròng (Net) từ nghề nông/nghề cá sau khi trừ các thứ	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>
<input type="radio"/> An Sinh Xã Hội	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Thu nhập ròng (Net) từ tiền cho thuê/phí bản quyền sau khi trừ các thứ	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Tài khoản Hưu trí	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Thu nhập khác Loại: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>

34. Các khoản khấu trừ: Điền vào tất cả những điều áp dụng, và cho biết số tiền và NGƯỜI 2 nhận được bao lâu một lần. Nếu NGƯỜI 2 trả cho một số điều có thể được khấu trừ trên giấy khai thuế lợi tức liên bang, hãy cho chúng tôi biết về những khoản này để có thể làm cho chi phí bảo hiểm sức khỏe hơi thấp hơn một chút. **LƯU Ý:** Quý vị không nên để vào số tiền mà NGƯỜI 2 trả cho việc nuôi con, hoặc chi phí đã được xét đến trong phần quý vị đã trả lời cho thu nhập ròng net do tự mình làm chủ (câu hỏi 32b)..

<input type="radio"/> Tiền cấp dưỡng (Alimony) đã trả	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Các khoản khấu trừ khác Loại: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Tiền lãi vay đi học	\$ <input type="text"/>	Bao lâu một lần? <input type="text"/>			

35. Điền vào câu hỏi này nếu thu nhập của NGƯỜI 2 thay đổi trong năm, ví dụ như NGƯỜI 2 chỉ làm việc một thời gian trong năm hoặc chỉ nhận phúc lợi trong một vài tháng. Nếu quý vị không dự kiến là sẽ có các thay đổi cho thu nhập hàng tháng của NGƯỜI 2, bỏ qua cho tới người kế tiếp →

Tổng thu nhập của NGƯỜI 2 trong năm nay	\$ <input type="text"/>	Tổng thu nhập của NGƯỜI 2 trong năm tới	\$ <input type="text"/>
---	-------------------------	---	-------------------------

Xin cảm ơn! Chúng tôi chỉ cần biết về NGƯỜI 2 có bao nhiêu đó thôi

? CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ? Xin xem trang web HealthCare.gov. hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi 1-800-318-2596 và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số 1-855-889-4325.



BƯỚC 3: Người thân của Thổ Dân Mỹ hoặc Người Bản Xứ Alaska (AI/AN)

1. Liệu quý vị hay ai trong gia đình của mình là người Thổ Dân Mỹ hoặc Người Bản Xứ Alaska không?

- KHÔNG.** Nếu không, tiếp tục tới Bước 4. **CÓ.** Nếu có, tiếp tục tới Bước 4, đồng thời điền Phụ Lục B và nộp kèm với mẫu đơn này.

BƯỚC 4: Bảo Hiểm Sức khỏe cho gia đình quý vị

1. Mỗi năm có hỗ trợ thuế cho Bảo phí, hộ gia đình của quý vị có nộp hồ sơ khai thuế và đối chiếu với bất kỳ hỗ trợ thuế cho bảo phí đã sử dụng không?

- NẾU CÓ,** hỗ trợ thuế cho bảo phí đã được đối chiếu. Điền vào vòng tròn chỉ khi **TẤT CẢ** những điều này áp dụng cho quý vị
- Quý vị đã sử dụng Tiền ứng Trước hỗ trợ thuế cho Bảo phí (APTC) trong 1 hoặc nhiều năm vừa qua để giúp giảm chi phí cho gia đình quý vị khi mua bảo hiểm thông qua Marketplace.
 - Người khai thuế cho hộ gia đình của quý vị nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang cho những năm được hỗ trợ thuế
 - Người khai thuế nộp mẫu đơn IRS Form 8962 ([healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/](https://www.healthcare.gov/help/reconciling-your-tax-credit/)) với tờ khai thuế..

2. Có ai trong đơn đăng ký này được xác định là không hợp lệ cho Chương trình Trợ cấp y tế Medicaid hoặc Chương trình bảo hiểm sức khỏe cho trẻ em (CHIP) trong 90 ngày qua không?

(Chọn Có chỉ khi có ai đó được cho là không đủ điều kiện để được bảo hiểm của tiểu bang, không phải với Marketplace.) Có Không

Ai? Ngày:

Hoặc, có ai trong đơn đăng ký này đã được cho là không đủ điều kiện nhận Trợ cấp y tế Medicaid hoặc Chương trình bảo hiểm sức khỏe cho trẻ em (CHIP) do tình trạng cư trú của họ trong 4 năm vừa qua? Có Không

Ai?

Có ai trong đơn đăng ký này đã làm đơn xin bảo hiểm trong Thời Kỳ Mở Ra Cho Ghi Danh Marketplace? Có Không

Ai?

3. Có bất cứ ai được nêu trên đơn xin có bảo hiểm sức khỏe từ một công việc làm hay không? Đánh dấu vào là có mặc dù bảo hiểm là từ công việc làm của một người nào khác, như cha/mẹ hoặc người phối ngẫu, ngay cả khi họ không nhận bảo hiểm.

- CÓ.** Tiếp tục và sau đó điền vào Phụ lục A. Đây có phải là chương trình phúc lợi nhân viên của tiểu bang hay không? Có Không
- KHÔNG**

4. Hiện tại, có bất cứ ai đang có bảo hiểm sức khỏe không?

- CÓ.** Nếu có, tiếp tục tới câu hỏi 6. **KHÔNG.** Nếu không, BỎ QUA và tiếp tục tới Bước 5.

5. Thông tin về bảo hiểm sức khỏe hiện có (Làm một bản sao của trang này nếu hiện đang có hơn 2 người được bảo hiểm sức khỏe.)

Ghi ra loại bảo hiểm, như bảo hiểm của hãng sở, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, chương trình chăm sóc sức khỏe VA, Peace Corps, hoặc bảo hiểm khác (Đừng kê khai cho chúng tôi về TRICARE nếu quý vị có Direct Care hoặc Line of Duty.)

NGƯỜI 1:	Tên người đã có bảo hiểm sức khỏe		<input type="text"/>
	Loại bảo hiểm:		
	<input type="radio"/> Bảo hiểm của hãng sở <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Trợ cấp y tế Medicaid <input type="radio"/> CHIP <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> Chương trình chăm sóc sức khỏe VA health care program <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Khác		
	Nếu là bảo hiểm của hãng sở: (Quý vị cũng sẽ cần điền vào Phụ lục A). Tên công ty cung cấp bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/> Số Hợp Đồng/Policy/ID <input type="text"/>		
NGƯỜI 2:	Nếu đó là một loại bảo hiểm khác: <input type="radio"/> Điền vào đây nếu là bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Tên công ty cung cấp bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/> Số Hợp Đồng/Policy/ID <input type="text"/>		
	Đây có phải là chương trình phúc lợi giới hạn, ví dụ như hợp đồng bảo hiểm tai nạn của nhà trường hay không? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		

NGƯỜI 1:	Tên người đã có bảo hiểm sức khỏe		<input type="text"/>
	Loại bảo hiểm:		
	<input type="radio"/> Bảo hiểm của hãng sở <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Trợ cấp y tế Medicaid <input type="radio"/> CHIP <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> Chương trình chăm sóc sức khỏe VA health care program <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Khác		
	Nếu là bảo hiểm của hãng sở: (Quý vị cũng sẽ cần điền vào Phụ lục A). Tên công ty cung cấp bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/> Số Hợp Đồng/Policy/ID <input type="text"/>		
NGƯỜI 2:	Nếu đó là một loại bảo hiểm khác: <input type="radio"/> Điền vào đây nếu là bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Tên công ty cung cấp bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/> Số Hợp Đồng/Policy/ID <input type="text"/>		
	Đây có phải là chương trình phúc lợi giới hạn, ví dụ như hợp đồng bảo hiểm tai nạn của nhà trường hay không? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		

? **CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ?** Xin xem trang web HealthCare.gov. hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi 1-800-318-2596 và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số 1-855-889-4325.



BƯỚC 4: Thoả thuận & Chữ ký của quý vị

1. Do Quý vị có đồng ý cho phép Marketplace được sử dụng các dữ liệu về thu nhập, bao gồm thông tin từ giấy khai thuế, cho 5 năm tới hay không?..... Có Không

Để tạo sự dễ dàng hơn trong việc quyết định về khả năng hội đủ điều kiện để được giúp trả cho bảo hiểm trong những năm sau này, tôi đồng ý cho phép Marketplace được dùng các dữ liệu về thu nhập của mình, bao gồm thông tin từ bản khai thuế. Marketplace sẽ gửi một thông báo và cho quý vị chỉnh sửa thay đổi. The Marketplace sẽ kiểm tra để chắc chắn là quý vị vẫn hội đủ điều kiện, và có thể yêu cầu quý vị chứng minh là thu nhập của quý vị vẫn hội đủ điều kiện. Quý vị có thể bỏ chọn cách này vào bất cứ lúc nào.

Nếu không, tự động cập nhật cho thông tin của tôi trong các năm tới đây:

4 năm 2 năm Không dùng các dữ liệu thuế của tôi để gia hạn khả năng hội đủ điều kiện được giúp trả cho bảo hiểm sức khoẻ.
 3 năm 1 năm (chọn mục này có thể ảnh hưởng tới khả năng của quý vị nhận được trợ giúp trả cho bảo hiểm vào lúc gia hạn).

2. Liệu có bất cứ ai làm đơn xin bảo hiểm sức khoẻ trên đơn này bị giam giữ (bị nhốt hoặc bị tù)?..... Có Không

Nếu có, cho chúng tôi biết tên người này. Tên của người bị giam giữ là:

Điền vào đây nếu người này hiện đang phải đối diện với các bản án.

Nếu có bất cứ người nào trên đơn xin này hội đủ điều kiện hưởng Medicaid:

- Tôi cho cơ quan Medicaid quyền được theo đuổi và thu nhận tiền từ các cơ quan bảo hiểm sức khoẻ khác, từ các cuộc dàn xếp pháp lý, hoặc các nhóm thứ ba khác. Tôi cũng cho cơ quan Medicaid quyền được theo đuổi và nhận tiền cấp dưỡng y tế từ người phối ngẫu hoặc cha mẹ.
- Có bất cứ trẻ em nào trên đơn xin này có cha mẹ sống bên ngoài nhà hay không?..... Có Không
- Nếu có, tôi biết là mình sẽ được yêu cầu hợp tác với cơ quan thu nhận tiền cấp dưỡng y tế từ cha/mẹ vắng mặt. Nếu tôi nghĩ rằng việc hợp tác để thu nhận tiền cấp dưỡng y tế sẽ gây hại cho tôi hoặc các con tôi, tôi có thể cho Medicaid biết và tôi có thể không cần phải hợp tác.
- Tôi ký tên vào đơn xin này chiếu theo hình phạt về tội khai man, nghĩa là tôi đã cung cấp các trả lời chân thực cho mọi câu hỏi trên mẫu đơn này theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi biết rằng tôi có thể bị trừng phạt theo luật liên bang nếu cố tình cung cấp thông tin giả dối hoặc không đúng sự thật.
- Tôi biết rằng tôi phải báo cho Bảo Hiểm Sức Khỏe Marketplace biết trong vòng 30 ngày nếu có bất cứ sự thay đổi nào (và khác với) những điều mà tôi đã viết trên đơn xin này. Tôi có thể vào trang mạng HealthCare.gov hoặc gọi số **1-800-318-2596** để báo cáo về các thay đổi. Tôi hiểu rằng một sự thay đổi về thông tin của tôi có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện của (các) thành viên trong gia đình của tôi.
- Tôi biết rằng theo luật liên bang, không được phép kỳ thị trên nền tảng chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi, khuynh hướng tình dục, nhận dạng giới tính, hoặc khuyết tật. Tôi có thể làm khiếu nại về sự kỳ thị qua việc vào trang mạng www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Tôi biết rằng thông tin trên mẫu đơn này sẽ chỉ được sử dụng để xác định về khả năng hội đủ điều kiện cho bảo hiểm sức khoẻ, giúp trả cho bảo hiểm (nếu có yêu cầu), và nhằm các mục đích hợp pháp của Marketplace và các chương trình trợ giúp chi trả bảo hiểm.

Chúng tôi cần có thông tin này để xét liệu quý vị có khả năng hội đủ điều kiện được trợ giúp chi trả bảo hiểm sức khoẻ nếu quý vị quyết định nộp đơn. Chúng tôi sẽ kiểm lại các câu trả lời của quý vị qua việc dùng thông tin trong cơ sở dữ liệu bằng điện tử của mình và các cơ sở dữ liệu từ Sở Thuế Vụ (IRS), An Sinh Xã Hội, Bộ Nội An, và/hoặc cơ quan báo cáo khách hàng. Nếu thông tin không trùng khớp, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị gửi bằng chứng cho chúng tôi.

Tôi nên làm gì nếu nghĩ rằng kết quả về khả năng hội đủ điều kiện của tôi là sai lầm?

Nếu quý vị không đồng ý với mức mà quý vị đủ điều kiện hưởng, đa phần, quý vị có thể xin kháng cáo/khiếu nại. Xin dò lại thông báo về khả năng hội đủ điều kiện của quý vị để tìm các chỉ dẫn khiếu nại cụ thể cho mỗi người trong nhà của quý vị, kể cả thời hạn bao nhiêu ngày quý vị phải xin khiếu nại. Dưới đây là thông tin quan trọng cần xét đến khi làm yêu cầu khiếu nại:

- Quý vị có thể nhờ một người nào đó yêu cầu khiếu nại cho mình hoặc tham gia cùng nếu muốn. Người này có thể là bạn bè, người bà con, luật sư, hoặc cá nhân khác. Hoặc là quý vị có thể tự yêu cầu và tự tham gia quá trình khiếu nại.
- Nếu yêu cầu khiếu nại, quý vị có thể vẫn giữ được khả năng hội đủ điều kiện cho bảo hiểm trong thời gian chờ quá trình khiếu nại.
- Kết quả khiếu nại có thể thay đổi khả năng hội đủ điều kiện của các thành viên khác trong gia đình quý vị.

Để khiếu nại các kết quả về khả năng hội đủ điều kiện cho Marketplace của quý vị, xin sử dụng trang mạng HealthCare.gov/marketplace-appeals/. Hoặc gọi tổng đài Marketplace Call Center ở số **1-800-318-2596**. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số **1-855-889-4325**. Quý vị cũng có thể gửi mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư để xin yêu cầu khiếu nại tới **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Quý vị có thể khiếu nại về khả năng hội đủ điều kiện mua bảo hiểm sức khoẻ qua Marketplace, về thời kỳ ghi danh, về tín điểm thuế, các khấu trừ về chia sẻ chi phí, Medicaid, và CHIP, nếu như quý vị bị từ chối những điều này. Nếu quý vị hội đủ điều kiện cho tín điểm thuế hoặc các khấu trừ về chia sẻ chi phí, quý vị có thể kháng cáo về mức tiền mà chúng tôi xác định là hợp lệ cho quý vị. Tùy theo tiểu bang của quý vị, quý vị có thể khiếu nại qua Marketplace hoặc quý vị có thể phải yêu cầu khiếu nại lên cơ quan Medicaid hoặc CHIP của tiểu bang.

NGƯỜI 1 nên ký vào đơn xin này. Nếu quý vị là một đại diện được ủy quyền, thì quý vị có thể ký vào đây miễn là NGƯỜI 1 ký vào Phụ Lục C.

Ký tên	Ngày ký (tháng/ngày/năm)						
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

Nếu quý vị ký vào đơn xin này ngoài thời kỳ Mở Ra cho Ghi Danh (trong khoảng từ Ngày 1 tháng 11 và Ngày 15 tháng 12), phải chắc chắn là quý vị duyệt qua Phụ lục D ("Các câu hỏi về thay đổi trong đời sống").

BƯỚC 6: Gửi đơn đã điền

Gửi đơn có chữ ký của quý vị tới:
Health Insurance Marketplace
Dept. of Health and Human Services
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0001

Nếu quý vị muốn đăng ký để bỏ phiếu, quý vị có thể điền vào đơn đăng ký của cử tri tại trang mạng www.eac.gov.

? **CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ?** Xin xem trang web HealthCare.gov. hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi **1-800-318-2596** và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Đường dây cho người khiếm thính sử dụng TTY, xin gọi số **1-855-889-4325**.

ĐỪNG ĐIỀN VÀO. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ MỘT ĐƠN XIN

Nhận Trợ giúp với một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Chương trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Marketplace, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số **1-800-318-2596**.

Dưới đây là danh sách các ngôn ngữ sẽ được hỗ trợ và nội dung cung cấp ở trên bằng các ngôn ngữ này:

Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, llame al 1-800-318-2596.

中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin gọi số 1-800-318-2596.

한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace), rele 1-800-318-2596.

Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace, tumawag sa 1-800-318-2596.

Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health, Insurance Marketplace), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

ĐỪNG ĐIỀN VÀO. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ MỘT ĐƠN XIN

Getting Help in a Language Other than English (Continued)

Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કોલ કરો 1-800-318-2596

Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596

日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplaceに問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。



Phụ lục A

Bảo Hiểm Sức Khỏe từ Công Việc Làm

Quý vị **KHÔNG** cần trả lời cho các câu hỏi này trừ khi có người nào trong gia đình hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm sức khỏe từ công việc làm, mặc dù họ không nhận bảo hiểm. Đính kèm một bản sao của trang này cho mỗi công việc có đài thọ bảo hiểm.

Cho chúng tôi biết về công việc có đài thọ bảo hiểm.

Làm một bản sao của trang này và đem nó đến hãng sở có đài thọ bảo hiểm để giúp quý vị trả lời cho những câu hỏi này.

THÔNG TIN VỀ NHÂN VIÊN

1. Tên nhân viên (Tên, Tên Lót, Họ)	2. Số An Sinh Xã Hội Của Nhân Viên (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

THÔNG TIN VỀ HÃNG SỞ

3. Tên hãng sở/công ty	
<input type="text"/>	
4. Số Nhận Dạng Hãng Sở (EIN)	5. Số điện thoại của hãng sở
<input type="text"/> - <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>

Bây giờ, nhập thông tin của người hoặc bộ phận quản lý phúc lợi cho nhân viên. Chúng tôi có thể liên lạc với người này nếu chúng tôi cần thêm thông tin:

6. Nhân viên hoặc văn phòng chúng tôi có thể liên hệ để hỏi về bảo hiểm sức khỏe của nhân viên		
<input type="text"/>		
7. Địa chỉ Hãng sở (Marketplace có thể gửi thông báo đến địa chỉ này)		
<input type="text"/>		
8. Thành phố	9. Bang	10. Số ZIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Số điện thoại (nếu khác với ở trên)	12. Địa chỉ Email	
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. Liệu nhân viên này hiện có được hưởng bảo hiểm mà hãng này cung cấp, hay là nhân viên sẽ được hưởng trong 3 tháng tới?

- CÓ** (Tiếp tục) **KHÔNG** (**HÃNG SỞ:** DỪNG tại đây và đưa đơn này lại cho người nhân viên. **NHÂN VIÊN:** trở lại với đơn xin bảo hiểm Marketplace.)

a. Nếu nhân viên hiện không đủ điều kiện, kể cả là đang chờ duyệt hoặc còn trong thời gian thử việc, khi nào nhân viên này sẽ được đủ điều kiện hưởng (tháng/ngày/năm)

 / /

b. Liệu hãng sở có cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho vợ hoặc chồng của nhân viên này hoặc người phụ thuộc?

- CÓ.** Nếu có, là người nào? Vợ hoặc chồng (Những) người phụ thuộc **KHÔNG** (Đi tới câu hỏi 14).

Liệt kê tên của bất cứ người nào khác trong hộ gia đình của nhân viên được hưởng bảo hiểm từ công việc này.

Tên

Tên

Tên

tiếp tục qua trang kế tiếp

ĐỪNG ĐIỀN VÀO. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ MỘT ĐƠN XIN

Cho chúng tôi biết về chương trình sức khỏe mà hãng sở này cung cấp.

14. Hãng sở có cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn về giá trị tối thiểu hay không*?

CÓ (Đi tới câu hỏi 15) **KHÔNG** (DỪNG TẠI ĐÂY và đưa đơn này lại cho người nhân viên).

15. Nhân viên phải đóng ít nhất là bao nhiêu cho chương trình rẻ nhất họ được hưởng mà đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu*? Đừng kể vào chương trình bảo hiểm dành cho gia đình. **LƯU Ý:** Nếu hãng sở có các chương trình bảo hiểm lành mạnh (wellness programs), điền số tiền bảo phí mà nhân viên sẽ trả nếu nhân viên này được giảm giá tối đa cho các chương trình cai thuốc lá, và chưa nhận được bất cứ cách giảm giá nào từ wellness programs.

a. Nhân viên phải đóng bảo phí là: \$

LƯU Ý: Điền số tiền nhân viên phải đóng ít nhất để được bảo hiểm sức khỏe.

b. Nhân viên phải đóng số tiền này: Mỗi tuần 2 tuần một lần Một tháng hai lần Một tháng một lần Mỗi quý 3 tháng
 Hàng năm

(Đi tới câu hỏi kế).

16. Hãng sở sẽ có những thay đổi gì cho năm bảo hiểm mới?

Hãng sở sẽ không cung cấp bảo hiểm y tế từ ngày này: (tháng/ngày/năm)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bảo phí sẽ thay đổi để được chương trình rẻ nhất mà đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu* và hiện chỉ có cho nhân viên này. (Bảo phí cần phản ảnh khoản giảm giá cho các chương trình cai thuốc lá. Xem câu hỏi 15).

a. Nhân viên phải đóng bảo phí là: \$

b. Bao lâu phải đóng số tiền này: Mỗi tuần 2 tuần một lần Một tháng hai lần Một tháng một lần Mỗi quý 3 tháng
 Hàng năm

c. Ngày thay đổi: (tháng/ngày/năm)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tôi không biết liệu hãng sở sẽ có thay đổi hay không.

Hãng sở sẽ không có thay đổi việc này..

* Một chương trình bảo hiểm sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu khi bảo hiểm chi trả 60% tổng chi phí dịch vụ y tế cho nhóm dân số chuẩn và cung cấp phần đài thọ chính cho các dịch vụ tại bệnh viện và bác sĩ. Đa số các chương trình sức khỏe mà hãng sở cung cấp đều đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu..

ĐỪNG ĐIỀN VÀO. ĐÂY KHÔNG PHẢI LÀ MỘT ĐƠN XIN



Form Approved
OMB No. 0938-1191

Phụ lục B



Phụ lục C

Giúp đỡ điền đơn xin này

Chỉ dành cho các cố vấn đơn xin được chứng nhận, người hướng dẫn, đại lý, và hoặc người môi giới

Điền vào phần này nếu quý vị là một cố vấn về đơn xin được chứng nhận, người hướng dẫn, đại lý, hoặc người môi giới điền vào đơn xin này cho một người nào khác.

1. Ngày bắt đầu đơn xin (tháng/ngày/năm)	
<input type="text"/>	
2. Tên, Tên Lót, Họ, & Tiếp Tố	
<input type="text"/>	
3. Tên tổ chức	
<input type="text"/>	
4. Số ID (nếu áp dụng)	5. Chỉ dành cho các Đại lý/Người môi giới: Số NPN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quý vị có thể chọn một đại diện được ủy quyền.

Quý vị có thể cho phép người được ủy quyền bàn về đơn xin này với chúng tôi, xem thông tin của quý vị, và hành động thay mặt cho quý vị những vấn đề có liên quan tới đơn xin này, bao gồm việc lấy thông tin về đơn xin của quý vị và ký tên vào đơn xin thay mặt cho quý vị. Người này được gọi là "đại diện được ủy quyền" (authorized representative). Nếu quý vị cần thay đổi đại diện được ủy quyền của mình, xin liên lạc với Marketplace. Nếu quý vị là một đại diện được ủy quyền hợp pháp cho một người nào đó trên đơn xin này, xin nộp bằng chứng cùng với đơn xin.

1. Tên của đại diện được phép (Tên, Tên Lót, Họ)		
<input type="text"/>		
2. Địa Chỉ	3. Số căn hộ hoặc số dãy phòng	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4. Thành phố	5. Bang	6. Số ZIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Số điện thoại		
(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
8. Tên tổ chức		
<input type="text"/>		
9. Số ID (nếu áp dụng)		
<input type="text"/>		

Qua việc ký tên, quý vị cho phép người này ký vào đơn xin của mình, lấy thông tin chính thức về đơn xin này, và hành động thay cho quý vị về tất cả các vấn đề trong tương lai có liên quan tới đơn xin này

10. Chữ ký của NGƯỜI 1 có nêu trong đơn xin này	11. Ngày ký (tháng/ngày/năm)
<input type="text"/>	<input type="text"/>





Phụ lục D

Các câu hỏi về những thay đổi trong đời sống

(Quý vị phải điền vào phần còn lại của đơn xin này cùng với trang này. Không nộp trang này một mình.)

Nếu bất cứ ai kê khai trong đơn xin này có thay đổi gì trong đời sống trong 60 ngày qua, xin điền vào các câu hỏi sau đây. Các thay đổi nhất định trong đời sống giúp cho bảo hiểm của quý vị qua Marketplace được bắt đầu ngay. Chúng tôi cũng đề nghị quý vị trả lời cho các câu hỏi này nếu quý vị hiện đang làm đơn sau khi thời kỳ Mở Ra cho Ghi Danh hàng năm chấm dứt và trước khi thời kỳ Mở Ra cho Ghi Danh hàng năm lần tới.

Không bắt buộc phải trả lời hết các câu hỏi này. Nếu các cảnh ngộ trong đời sống của quý vị chưa có gì thay đổi, quý vị có thể để trống các câu trả lời này. Quý vị có thể ghi danh vào Medicaid và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe của Trẻ Em (CHIP) vào bất cứ lúc nào trong năm, mặc dù quý vị không trải qua các thay đổi trong đời sống. Các thành viên của các bộ lạc được liên bang công nhận và các cổ phần viên là người Bản Xứ Alaska có thể ghi danh bảo hiểm qua Marketplace vào bất cứ lúc nào trong năm.

Cho chúng tôi biết về những thay đổi trong gia đình của quý vị.

1. Có ai bị mất bảo hiểm sức khỏe đủ chuẩn trong 60 ngày qua, hoặc dự kiến là sẽ mất bảo hiểm sức khỏe trong 60 ngày tới?

Tên	Ngày mà bảo hiểm chấm dứt hoặc sẽ chấm dứt (tháng/ngày/năm)
<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây nếu bảo hiểm chấm dứt vì không đóng bảo phí.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. Có ai mới lập gia đình trong 60 ngày qua?

Tên	Ngày (tháng/ngày/năm)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
a. Có ai trong số những người này có bảo hiểm y tế đủ chuẩn bất cứ lúc nào trong vòng 60 ngày qua không?..... <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không	
Nếu có, điền tên (những) người này vào đây:	

3. Có ai được thả ra khỏi nơi giam giữ (tạm giam hoặc nhà tù) trong 60 ngày qua?

Tên	Ngày (tháng/ngày/năm)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4. Có ai được nhận tình trạng di trú hợp lệ trong 60 ngày qua?

Tên	Ngày (tháng/ngày/năm)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

5. Có ai mới được nhận làm con nuôi, được sắp xếp để được nuôi, hoặc sắp xếp vào ở viện chăm nuôi foster care trong 60 ngày qua?

Tên	Ngày (tháng/ngày/năm))
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

6. Có ai trở thành người phụ thuộc vì lý do nhận cấp dưỡng nuôi con hay các lệnh khác của tòa trong 60 ngày qua?

Tên	Ngày (tháng/ngày/năm)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

7. Có ai đổi nơi ở chính trong 60 ngày qua?

Tên	Ngày dọn ra (tháng/ngày/năm)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Địa chỉ trước của quý vị có số zip là số mấy? <input type="checkbox"/> Điền vào đây nếu quý vị vừa từ một nước khác tới hay từ vùng lãnh thổ Hoa Kỳ	
<input type="text"/>	

a. Có ai trong số những người này có bảo hiểm y tế đủ chuẩn bất cứ lúc nào trong vòng 60 ngày qua không?..... Có Không

Nếu có, điền tên (những) người này vào dưới đây:

Tên
<input type="text"/>