Louisiana's LaMOMS Program

Đây là đơn xin trợ cấp y tế dành cho các phụ nữ mang thai. LaMoms là một phần của chương trình Medicaid của tiểu bang Louisiana.

MIỄN PHÍ đăng ký chương trình, KHÔNG phí bảo hiểm, KHÔNG tiền phụ trả và KHÔNG khoản khấu trừ.

Cách nộp đơn

① Điền vào mẫu đơn xin này.

② Gửi mẫu đơn xin và các hồ sơ chứng minh bạn mà bạn đã có sẵn đến cho chúng tôi ngay.

③ Gửi phần hồ sơ chứng minh còn lại cho chúng tôi sớm nhất khi có thể. Nếu cần thêm giấy tờ nào khác, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn biết.

Hãy gửi đơn xin của bạn ngay. Nếu bạn không có đầy đủ tất cả các giấy tờ chứng minh, bạn có thể gửi phần còn lại sau.

Nơi gửi Đơn xin của Bạn

Sau khi đã điền vào mẫu đơn, hãy GỬI THƯ hoặc gửi FAX đơn xin này về:

LaMOMS
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA
70821-9278

FAX (miễn phí) 1-877-523-2987

Bạn cũng có thể gửi thư **hoặc** gửi fax **hoặc** mang tới bất cứ Văn phòng Medicaid tại địa phương **hoặc** đến một Trung tâm Nộp đơn Medicaid. Ghé thăm trang web của chúng tôi tại địa chỉ **www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov** hoặc gọi điện (miễn phí) theo số 1-888-342-6207 để biết được văn phòng gần nhất.

Sau khi bạn nộp đơn:

Sau khi chúng tôi nhận được đơn xin của bạn và tất cả những giấy tờ chứng minh cần thiết, chúng tôi sẽ gửi cho bạn một lá thư để thông báo xem bạn có đủ điều kiện hay không. Nếu bạn đủ điều kiện, bạn sẽ nhận được thẻ Medicaid bằng nhựa của bạn trong vòng khoảng 2 tuần, nhưng nếu bạn đã có sẵn thẻ Medicaid, bạn có thể sử dụng thẻ mà bạn đã có.

Nếu bạn được trợ cấp theo chương trình LaMOMS hoặc Medicaid, bạn sẽ được giữ nguyên cho đến 60 ngày sau khi bạn sinh xong. Những thay đổi về thu nhập hoặc số lượng người trong gia đình sẽ không ảnh hưởng.

Các khoản thu nhập nào là đủ điều kiện?

Chúng tôi tính tổng thu nhập trước khi trừ thuế, chứ không phải số tiền lãnh về. Chúng tôi sẽ tính số người trong gia đình. Một *gia đình* bao gồm người phụ nữ mang thai, người chồng, con cái của họ dưới 18 tuổi, và cả đứa trẻ chưa ra đời.
Ngay cả khi nếu thu nhập của bạn nhiều hơn số tiền trong sơ đồ, bạn vẫn có thể đủ điều kiện, bởi vì chúng tôi sẽ trừ những khoản sau ra khỏi thu nhập hàng tháng của bạn:

- ✓ Các khoản chi trả cấp dưỡng con trẻ cho một người nào khác sống **ngoài** gia đình của bạn
- ✓ $90 cho mỗi thành viên gia đình có công việc làm
- ✓ Lên đến $200 cho việc chăm sóc trẻ mà bạn phải trả cho tháng đó đối với các trẻ **dưới** 2 tuổi
- ✓ Lên đến $175 cho việc chăm sóc trẻ mà bạn phải trả cho tháng đó đối với các trẻ **trên** 2 tuổi
- ✓ Lên đến $50 đối với khoản cấp dưỡng con trẻ **được nhận**

Số người trong Gia đình	Các khoản Thu nhập cho đến 31 tháng Ba, 2009	
	Thu nhập Hàng tuần	Thu nhập Hàng tháng
2	$584	$2,334
3	$734	$2,934
4	$884	$3,534
5	$1,034	$4,134
6	$1,184	$4,734
7	$1,334	$5,334
8	$1,484	$5,934
Lớn hơn 8	Đối với mỗi người nhiều hơn, cộng thêm $600 vào số tiền mỗi tháng.	

Những dịch vụ y tế nào chương trình LaMOMS sẽ chi trả?

Tất cả dịch vụ chăm sóc y tế dành cho phụ nữ mang thai bao gồm:

- ★ Khám bác sĩ
- ★ Công tác thực hiện và xét nghiệm
- ★ Sinh đẻ
- ★ Chăm sóc bệnh viện
- ★ Thuốc kê toa
- ★ Một số dịch vụ nha khoa về bệnh nướu răng.

Nếu bạn đã có bảo hiểm chi trả thì sao?

Bạn có thể có bảo hiểm khác và bảo hiểm theo chương trình LaMOMS tại cùng một thời điểm. Để bạn có thể được hưởng tất cả các quyền lợi của chương trình LaMOMS, bác sĩ mà bạn chọn phải chấp thuận cả hai bảo hiểm của chương trình LaMOMS lẫn Medicaid **và** bảo hiểm khác của bạn. Bảo hiểm khác của bạn sẽ trả trước; sau đó chúng tôi sẽ trả. Chúng tôi sẽ chỉ chi trả lên đến khoản tiền đã được chương trình Medicaid chấp thuận.

Bạn có thể chọn bác sĩ riêng của bạn hay không?

Có. Nếu đơn xin của bạn được chấp thuận, bạn có thể được hưởng chăm sóc từ bất cứ bác sĩ nào chấp nhận chương trình Medicaid. Để có danh sách các bác sĩ trong khu vực của bạn có chấp nhận chương trình LaMOMS hoặc Medicaid, hãy gọi điện (miễn phí) đến số 1-877-455-9955.

(HÃY XÉ TRANG NÀY TRƯỚC KHI GỬI THƯ. GIỮ LẠI TRANG NÀY CHO BẠN.)

Các Đối tác cho Em bé Khỏe mạnh (Partners for Healthy Babies)

"Partners for Healthy Babies" là một dự án của Văn phòng Y tế Công cộng Tiểu bang Louisiana. Họ có thể cung cấp cho bạn các thông tin về việc bạn mang thai và cho bạn biết về những chương trình khác có thể hỗ trợ bạn. Hãy gọi đến chương trình "**Partners for Health Babies"** (miễn phí) theo số 1-800-251-BABY (251-2229).

Chương trình LaMOMS sẽ trả cho các hóa đơn y tế mà bạn hiện có hay không?

LaMOMS có thể trả cho các dịch vụ y tế mà bạn đã nhận **lên đến 3 tháng trước khi bạn nộp đơn nếu như**:

- ✓ Bạn sẽ đủ điều kiện đối với chương trình LaMOMS và bạn đã mang thai khi bạn hưởng dịch vụ đó, và
- ✓ Bạn đã sử dụng một nhà cung cấp dịch vụ thuộc chương trình Medicaid, và
- ✓ Dịch vụ đó được Chương trình Medicaid chi trả.

Chúng tôi sẽ chỉ trả khoản tiền mà chương trình Medicaid sẽ phải trả cho nhà cung cấp dịch vụ cho những dịch vụ này.

Các quyền lợi của bạn như thế nào?

Nếu bạn nghĩ rằng quyết định của chúng tôi không công bằng, không chính xác hoặc được quyết định quá trễ, bạn có thể yêu cầu việc giải trình công bằng bằng cách:

- ★ Gọi điện đến Văn phòng Medicaid theo số 1-888-342-6207 HOẶC
- ★ Gửi thư về
  LA DHH Bureau of Appeals
  P. O. Box 4183
  Baton Rouge, LA 70821-4183 OR
- ★ Gọi điện hoặc gửi thư về văn phòng Medicaid tại địa phương của bạn

LaMOMS là một Chương trình Cơ hội Bình đẳng

Chúng tôi không thể đối xử phân biệt với bạn vì lý do chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, khuyết tật, tôn giáo, quốc tịch, hoặc ý thức hệ chính trị. Nếu bạn nghĩ rằng chúng tôi có đối xử phân biệt, hãy:

- ★ Gọi cho Văn phòng Quyền Công dân DHHS Hoa Kỳ Khu vực (U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights) tại Dallas, TX theo số 1-800-368-1019 HOẶC
- ★ Gửi thư về
  LA Department of Health & Hospitals
  P. O. Box 4818
  Baton Rouge, LA 70821-4818 OR
- ★ Gọi điện hoặc gửi thư về văn phòng Medicaid tại địa phương của bạn

Thắc mắc?

Nếu bạn có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ điền đơn xin hoặc cần bất cứ giấy tờ chứng minh nào cần thiết, hãy gọi số **1-888-342-6207**. Nếu bạn bị điếc hoặc khó nghe **và** bạn có một điện thoại nhắn tin (text telephone), hãy gọi số **1-800-220-5404**. Các cuộc gọi này đều được miễn phí.

Si usted quiere una solicitud en español o quiere hablar con alguien que habla español, llame al 1-877-252-2447.

Bạn có thể gửi đơn xin của bạn đến địa chỉ này.

LaMOMS
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821

This public document was published at a cost of $630.17. Five thousand (5,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of $630.17. The total cost of all printings of this document, including reprints, is $630.17. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 to advise applicants, recipients, and other individuals of Pregnant Woman coverage through the Medicaid program under authority of 42 CFR 435.905. This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31.

BHSF Form 1-PW Cover
Rev. 06/08 (English 03/07)
Prior Issue Obsolete

LOUISIANA
Department of HEALTH and HOSPITALS

Đơn xin

LaMOMS

No-Cost Health Insurance for Pregnant Women

Giúp Phụ nữ Mang thai Có Em bé Khỏe mạnh hơn

1-888-342-6207
www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov

Sở Y tế & Bệnh viện
Tiểu bang Louisiana

BHSF Form 1-PW Vietnamese
Rev. 06/08 (English 03/07)
Prior Issue Obsolete

LaMOMS
No-Cost Health Insurance for Pregnant Women

Đơn Xin

Dùng đơn này để xin trợ cấp y tế qua chương trình LaMOMS hoặc Medicaid cho phụ nữ mang thai.

Cách thức nộp đơn.

1. **Điền và ký tên vào đơn này. Dùng viết màu đen.**
2. **Thu thập các hồ sơ chứng minh mà chúng tôi cần.** Hãy xem danh sách liệt kê những hồ sơ này ở phần cuối của đơn.
3. **Nộp đơn này cho chúng tôi ngay.** Chúng tôi sẽ cho bạn thêm thời gian để nộp các hồ sơ chứng

Bạn nói thạo ngôn ngữ nào nhất? ❑ *Tiếng Anh* ❑ *Tiếng Tây Ban Nha* ❑ *Tiếng Việt* ❑ *Ngôn ngữ khác*_____
Bạn viết thạo ngôn ngữ nào nhất? ❑ *Tiếng Anh* ❑ *Tiếng Tây Ban Nha* ❑ *Tiếng Việt* ❑ *Ngôn ngữ khác* _____

1. Bạn lấy mẫu đơn LaMOMS này từ đâu?

❑ Văn phòng Chương trình LaMOMS/Medicaid ❑ Bệnh viện ❑ Tiệm thuốc ❑ Văn phòng Bác sĩ ❑ Bạn bè/Người thân ❑ Mạng Internet ❑ Trường học ❑ Văn phòng Hỗ trợ Gia đình (Văn phòng Food Stamp) ❑ Sở Y tế Công cộng (Cơ quan Y tế) ❑ Nơi làm việc (Tiệm, Sở làm) ❑ Hội chợ Y tế ❑ Khác

2. Cho chúng tôi biết về bản thân bạn (người phụ nữ mang thai đang nộp đơn xin bảo hiểm theo chương trình Medicaid).

Họ tên (tên, tên lót, họ) _____

Tên (trước khi lập gia đình)_____Bạn có đang sống ở bang Louisiana không? ❑ Có ❑ Không

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

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Bạn không buộc phải trả lời, có thể đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Người Da trắng ❑ Người Da đen ❑ Người Châu Á ❑ Người Da đỏ hoặc Bản xứ Alaska ❑ Người Bản xứ Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương ❑ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh

Nơi sinh? Thành phố _____Quận/Huyện _____

Tiểu bang _____Quốc gia _____

Họ tên Người mẹ (tên, tên lót, họ) _____

Họ tên Người mẹ (trước khi lập gia đình) _____

Nếu bạn <u>không là</u> công dân Hoa Kỳ, cho biết ngày đến định cư tại Hoa Kỳ? _____

Số Thẻ Thường trú (thẻ xanh) A# _____

3. Cho chúng tôi biết cách liên lạc với bạn.

Địa chỉ gửi thư _____Apartment/Lot # _____

Thành phố _____Tiểu bang _____Zip _____

Địa chỉ nhà (nếu khác) _____Apartment/Lot # _____

Thành phố _____Tiểu bang _____Zip _____

Quận (parish) bạn đang sống _____Số Điện thoại Nhà (_____)_____

Điện thoại di động (_____)_____Điện thoại Ban ngày (_____)_____

Địa chỉ E-mail _____

Ngày và/hoặc Giờ thuận tiện nhất để liên hệ từ 8:00 sáng đến 4:30 chiều. _____

4. Ngày dự sanh của bạn? _____

Nếu bạn có thắc mắc hoặc cần trợ giúp về đơn xin này, hãy gọi cho chương trình Medicaid theo số 1-888-342-6207.Nếu bạn bị điếc hoặc lãng tai <u>và</u> bạn có một điện thoại nhắn tin loại TTY, hãy gọi đến số 1-800-220-5404.
CÁC CUỘC GOI NÀY ĐỀU ĐƯƠC MIỄN PHÍ.

5. **Bạn có khả nghi sinh đôi hay không? ❑ Có ❑ Không**

6. **Cho chúng tôi biết về người chồng chính thức của bạn hiện đang sống trong nhà bạn. Nếu bạn dưới 18 tuổi, hãy cho chúng tôi biết về cha mẹ của bạn.** ❑ Bạn không sống với người chồng chính thức hoặc với cha mẹ – Hãy chuyển đến Câu hỏi 7

Người thứ 1 Họ tên (tên, tên lót, họ) _____

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An sinh Xã hội _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Bạn không buộc phải trả lời, có thể đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Người Da trắng ❑ Người Da đen ❑ Người Châu Á ❑ Người Da đỏ hoặc Bản xứ Alaska ❑ Người Bản xứ Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương ❑ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh

Giới tính: ❑ Nam ❑ Nữ Quan hệ với Bạn: ❑ Chồng Chính thức ❑ Cha mẹ

Người thứ 2 Họ tên (tên, tên lót, họ) _____

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An sinh Xã hội _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Bạn không buộc phải trả lời, có thể đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Người Da trắng ❑ Người Da đen ❑ Người Châu Á ❑ Người Da đỏ hoặc Bản xứ Alaska ❑ Người Bản xứ Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương ❑ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh

Giới tính: ❑ Nam ❑ Nữ Quan hệ với Bạn: ❑ Chồng Chính thức ❑ Cha mẹ

7. **Cho chúng tôi biết về bất cứ trẻ em nào dưới 19 tuổi hiện đang sống trong nhà bạn.**
❑ Không có – Hãy chuyển đến Câu hỏi 8

Nếu bạn dưới 18 tuổi, hãy cho chúng tôi biết về tất cả các anh chị em của bạn dưới 19 tuổi. Nếu có nhiều hơn 5 trẻ, hãy sử dụng một tờ giấy riêng biệt.

Trẻ thứ 1 Họ tên (tên, tên lót, họ) _____

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An sinh Xã hội _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Bạn không buộc phải trả lời, có thể đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Người Da trắng ❑ Người Da đen ❑ Người Châu Á ❑ Người Da đỏ hoặc Bản xứ Alaska ❑ Người Bản xứ Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương ❑ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh

Giới tính: ❑ Nam ❑ Nữ Quan hệ với Bạn: ❑ Con ruột ❑ Con riêng ❑ Quan hệ khác: _____

Trẻ thứ 2 Họ tên (tên, tên lót, họ) _____

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An sinh Xã hội _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Bạn không buộc phải trả lời, có thể đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Người Da trắng ❑ Người Da đen ❑ Người Châu Á ❑ Người Da đỏ hoặc Bản xứ Alaska ❑ Người Bản xứ Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương ❑ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh

Giới tính: ❑ Nam ❑ Nữ Quan hệ với Bạn: ❑ Con ruột ❑ Con riêng ❑ Quan hệ khác: _____

Trẻ thứ 3 Họ tên (tên, tên lót, họ) _____

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An sinh Xã hội _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Bạn không buộc phải trả lời, có thể đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Người Da trắng ❑ Người Da đen ❑ Người Châu Á ❑ Người Da đỏ hoặc Bản xứ Alaska ❑ Người Bản xứ Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương ❑ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh

Giới tính: ❑ Nam ❑ Nữ Quan hệ với Bạn: ❑ Con ruột ❑ Con riêng ❑ Quan hệ khác: _____

Trẻ thứ 4 Họ tên (tên, tên lót, họ) _____

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____ Số An sinh Xã hội _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Bạn không buộc phải trả lời, có thể đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Người Da trắng ❑ Người Da đen ❑ Người Châu Á ❑ Người Da đỏ hoặc Bản xứ Alaska ❑ Người Bản xứ Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương ❑ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh

Giới tính: ❑ Nam ❑ Nữ Quan hệ với Bạn: ❑ Con ruột ❑ Con riêng ❑ Quan hệ khác: _____

Trẻ thứ 5 Họ tên (tên, tên lót, họ) _____

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____Số An sinh Xã hội _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Bạn không buộc phải trả lời, có thể đánh dấu một hoặc nhiều hơn): ❑ Người Da trắng ❑ Người Da đen ❑ Người Châu Á ❑ Người Da đỏ hoặc Bản xứ Alaska ❑ Người Bản xứ Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương ❑ Người gốc Tây Ban Nha hoặc Mỹ La-tinh

Giới tính: ❑ Nam ❑ Nữ Quan hệ với Bạn: ❑ Con ruột ❑ Con riêng ❑ Quan hệ khác: _____

8. Trong gia đình bạn có người nào đang đi làm không? ❑ Có – Hãy điền vào dưới đây
❑ Không – Hãy chuyển đến Câu hỏi 9

Cho chúng tôi biết về thu nhập của bạn và của chồng bạn. Nếu bạn dưới 19 tuổi, hãy cho chúng tôi biết về thu nhập của cha mẹ bạn.

Tên của Người đang đi làm	**Tên Sở làm** **Số Điện thoại Sở làm của Bạn** ❑ **Có cơ sở làm riêng**	**Bạn được trả lương bao nhiêu (cho biết toàn bộ thu nhập trước khi trừ thuế)?** **$** _____ **Mức độ thường xuyên ra sao?** ❑ hàng tuần ❑ mỗi 2 tuần ❑ hai lần mỗi tháng ❑ mỗi tháng
Tên của Người đang đi làm	**Tên Sở làm** **Số Điện thoại Sở làm của Bạn** ❑ **Có cơ sở làm riêng**	**Bạn được trả lương bao nhiêu (cho biết toàn bộ thu nhập trước khi trừ thuế)?** **$** _____ **Mức độ thường xuyên ra sao?** ❑ hàng tuần ❑ mỗi 2 tuần ❑ hai lần mỗi tháng ❑ mỗi tháng

9. Trong gia đình bạn có người nào nhận lợi tức (tiền) từ:

• An sinh Xã hội • Phụ cấp An sinh Xã hội SSI • Tiền thất nghiệp • Tiền bồi thường lao động • Tiền từ Bạn bè/Người thân • Cấp dưỡng cho Con (cho biết tên của trẻ được cấp dưỡng) • Tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng • Khoản tiền khác (ghi rõ)

❑ Có – Hãy điền vào dưới đây ❑ Không – Hãy chuyển đến Câu hỏi 10

Cho chúng tôi biết về thu nhập của bạn và của chồng bạn. Nếu bạn dưới 19 tuổi, hãy cho chúng tôi biết về thu nhập của cha mẹ bạn.

Tên người nhận?	**Loại lợi tức?**	**Bao nhiêu?** **$**_____	**Mức độ thường xuyên ra sao?** ❑ hàng tuần ❑ mỗi 2 tuần ❑ hai lần mỗi tháng ❑ hàng tháng
Tên người nhận?	**Loại lợi tức?**	**Bao nhiêu?** **$**_____	**Mức độ thường xuyên ra sao?** ❑ hàng tuần ❑ mỗi 2 tuần ❑ hai lần mỗi tháng ❑ hàng tháng
Tên người nhận?	**Loại lợi tức?**	**Bao nhiêu?** **$**_____	**Mức độ thường xuyên ra sao?** ❑ hàng tuần ❑ mỗi 2 tuần ❑ hai lần mỗi tháng ❑ hàng tháng
Tên người nhận?	**Loại lợi tức?**	**Bao nhiêu?** **$**_____	**Mức độ thường xuyên ra sao?** ❑ hàng tuần ❑ mỗi 2 tuần ❑ hai lần mỗi tháng ❑ hàng tháng

10. Nếu bạn có bảo hiểm sức khỏe riêng, hãy thông báo cho chúng tôi biết.
❑ Không có Bảo hiểm - Hãy chuyển đến Câu hỏi 11

Người đứng tên trong Hợp đồng _____Ngày Bảo hiểm có hiệu lực_____

Tên và Số Điện thoại Công ty Bảo hiểm _____

Địa chỉ Công ty Bảo hiểm _____

Số Hợp đồng_____Số Nhóm _____

Hợp đồng bao gồm những gì? ❑ Bệnh viện ❑ Bác sĩ ❑ Thuốc men ❑ Nha khoa ❑ Cấp cứu ❑ Thai sản

Có phải là bảo hiểm mua qua sở làm không? ❑ Có - bạn phải trả bao nhiêu mỗi tháng? _____❑ Không

→ *Nếu là bảo hiểm mua qua sở làm của bạn, chương trình Medicaid có thể giúp trả tiền mua bảo hiểm hàng tháng (premiums) qua chương trình LaHIPP. Hãy gọi số 1-866-362-5253 hoặc ghé thăm trang web www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov để biết thêm thông tin.*

11. **Nếu bạn <u>không có</u> bảo hiểm sức khỏe, bạn có thể được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm của một người khác hoặc thông qua sở làm hay không?** ❑ Có – Hãy điền vào dưới đây ❑ Không – Hãy chuyển đến Câu hỏi 12

12. **Bạn sẽ có thể được mua bảo hiểm cho em bé mới sinh của bạn hay không?** ❑ Có – Hãy điền vào dưới đây ❑ Không – Hãy chuyển đến Câu hỏi 13
Chi phí bảo hiểm cho mỗi tháng là bao nhiêu? $ _____ ❑ Không biết

13. **Bạn có cần chương trình LaMOMS hoặc Medicaid trợ cấp cho 3 tháng vừa qua vì bạn có các hóa đơn y tế (đã trả hoặc chưa trả) cho các tháng này hay không?** ❑Có – Hãy điền vào dưới đây ❑Không – Hãy chuyển đến Câu hỏi 14

Cho biết những tháng nào? _____

14. **Liệu có ai phải trả tiền cho việc chăm sóc trẻ hoặc chăm sóc người lớn bị khuyết tật để bạn có thể đi làm hoặc được đi huấn nghệ hay không?** ❑ Có – Hãy điền vào dưới đây ❑ Không – Hãy chuyển đến Câu hỏi 15

Tên của Trẻ em hoặc Người lớn bị khuyết tật cần đến sự chăm sóc _____

Ai trả chi phí cho việc chăm sóc này? _____

Số tiền phải trả? _____Bao lâu phải trả một lần? _____

Có ai hoặc một chương trình nào giúp bạn trả chi phí cho việc chăm sóc này hay không? ❑ Có ❑ Không

Bao nhiêu? _____Tên của Trung tâm Chăm sóc hoặc tên Người Chăm sóc _____

Địa chỉ của Trung tâm Chăm sóc hoặc của Người Chăm sóc _____

Thành phố _____Số Điện thoại (_____) _____

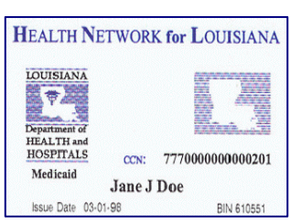
15. **Có ai phải trả tiền cấp dưỡng cho con hoặc tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng theo lệnh của tòa án hay không?** ❑ Có – Hãy điền vào dưới đây ❑ Không – Hãy chuyển đến Câu hỏi 16

Tên của Người phải trả số tiền trên _____

Số tiền phải trả? _____Bao lâu phải trả một lần? _____

16. **Bạn có từng nhận trợ cấp từ chương trình LaMOMS hoặc Medicaid ở tiểu bang Louisiana chưa?** ❑ Có – Hãy điền vào dưới đây ❑ Không – Hãy chuyển đến Câu hỏi 17

Nếu bạn đã từng nhận được trợ cấp của chương trình LaMOMS hoặc Medicaid trước kia và bạn vẫn còn thẻ Medicaid của mình, bạn vẫn có thể tiếp tục sử dụng thẻ này. Chúng tôi sẽ không gửi cho bạn thẻ mới trừ khi bạn yêu cầu.



Nếu được chấp thuận, bạn có cần một thẻ Medicaid mới hay không?
❑ Có ❑ Không

17. **Bạn có từng nhận trợ cấp chương trình Trợ cấp An sinh Xã hội Bổ sung (Supplemental Security Income, SSI) chưa?** ❑ Có ❑ Không

18. **Bạn có từng nhận được trợ cấp từ chương trình Medicare chưa?** ❑ Có ❑ Không

Đây là phần cuối đơn xin. Bạn phải ký vào đơn này ở trang kế tiếp.

CÁC QUYỀN LỢI VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA BẠN

CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID CÓ QUYỀN YÊU CẦU GÌ Ở BẠN

QUỐC TỊCH VÀ TÌNH TRẠNG DI TRÚ: Bạn khai rằng bạn là một công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú hợp pháp tại quốc gia này.

KHAI SỰ THẬT: Những thông tin bạn khai trong mẫu đơn này phải đúng sự thật và chính xác. Bạn hiểu rằng nếu những thông tin bạn khai là không đúng một cách cố tình HOẶC nếu bạn không khai những thông tin được xem như cố tình che dấu, để bạn có thể được hưởng các quyền lợi y tế mà đáng ra bạn không được hưởng. Nếu điều này xảy ra, bạn có thể sẽ bị phạt theo luật pháp vì tội khai gian. Ngoài ra, bạn có thể phải hoàn trả lại cho chương trình Medicaid số tiền theo các hóa đơn đã được thanh toán nhầm đó.

XÁC MINH THÔNG TIN: Bạn hiểu rằng những thông tin bạn cung cấp về bản thân bạn sẽ được kiểm tra. Bạn đồng ý sẽ giúp và cho phép chương trình Medicaid thu thập thông tin cần thiết từ các cơ quan chính phủ, cơ sở làm việc, các nhà cung cấp dịch vụ y tế và các cơ quan khác.

SỐ AN SINH XÃ HỘI: Bạn hiểu rằng số An sinh Xã hội chỉ dùng để lấy thông tin từ các cơ quan chính phủ khác để quyết định xem bạn có đủ điều kiện theo chương trình Medicaid hay không.

THANH TOÁN CHI PHÍ CHĂM SÓC Y TẾ BỞI MỘT CƠ QUAN THỨ BA: Bằng việc chấp thuận chương trình Medicaid, bạn hiểu rằng Sở Y tế có quyền thu lại khoản tiền bạn đã nhận từ các nguồn khác chẳng hạn như các khoản thanh toán bảo hiểm hoặc dàn xếp kiện tụng đối với các dịch vụ mà chương trình Medicaid đã thanh toán cho bạn.

BÁO CÁO NHỮNG THAY ĐỔI: Bạn đồng ý thông báo cho chương trình Medicaid trong vòng 10 ngày: 1) nếu bạn chuyển đi khỏi tiểu bang; 2) có thay đổi về địa chỉ gửi thư hoặc địa chỉ nhà; và 3) có bất cứ thay đổi nào về việc bảo hiểm y tế và các khoản phí bảo hiểm của bạn.

THỰC THI CẤP DƯỠNG CON TRẺ: Bạn hiểu rằng chương trình Medicaid sẽ chỉ gửi các thông tin về hồ sơ cho cơ quan Thực thi Cấp dưỡng Con trẻ (Child Support Enforcement) để được hỗ trợ y tế nếu như bạn có yêu cầu.

BẠN CÓ QUYỀN YÊU CẦU GÌ TỪ CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID

QUYỀN GIẢI THÍCH CÔNG BẰNG: Bạn hiểu rằng bạn có thể yêu cầu Giải thích Công bằng nếu bạn cho rằng bất cứ quyết định nào về hồ sơ của bạn là không công bằng, không chính xác hoặc được thực hiện quá trễ.

KHÔNG ĐỐI XỬ PHÂN BIỆT: Bạn hiểu rằng chương trình Medicaid không thể đối xử phân biệt bạn bởi chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, khuyết tật, tôn giáo, quốc tịch, hoặc ý thức hệ chính trị. Nếu bạn nghĩ rằng mình bị đối xử phân biệt, bạn có thể gọi cho Văn phòng Quyền Công dân DHHS Khu vực (DHHS Regional Office for Civil Rights) tại Dallas, TX theo số điện thoại 1-800-368-1019 hoặc gửi thư về Sở Y tế & Bệnh viện Tiểu bang Louisiana, Phòng Nhân sự theo địa chỉ P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.

CÁC DỊCH VỤ KHÁC: Bạn hiểu rằng những thông tin về WIC, KIDMED, và các dịch vụ khác của chương trình Medicaid sẽ được gửi cho bạn nếu như bạn đủ điều kiện tham gia chương trình Medicaid.

Ký tên:_____**Ngày** _____

Nếu nhân viên thuộc chương trình Medicaid điền đơn xin này cho bạn, họ sẽ phải ký tên ở phía dưới đây.

_____**Ngày**_____

Ý kiến của Đương đơn hoặc Nhân viên:

_____

_____

_____

Người có Ý kiến Ký tên:_____**Ngày** _____

Vui lòng gửi thư hoặc mang đơn xin này và các hồ sơ chứng minh đến văn phòng chương trình Medicaid tại địa phương của bạn hoặc gửi về địa chỉ P.O. Box 91278 Baton Rouge, LA 70821-9278. Bạn cũng có thể gửi fax tất cả theo số điện thoại 1-877-523-2987. Để biết văn phòng Medicaid gần nhất, hãy gọi số 1-800-220-5404, hoặc, nếu như bạn bị điếc hoặc khó nghe và bạn có điện thoại đặc biệt dành cho người gặp khó khăn về nghe nói (TTY), hãy gọi số 1-877-252-2447. Đây là các số điện thoại và số fax miễn phí.

✓ Trước khi bạn gửi đơn xin này, vui lòng kiểm tra những mục sau:

➔ **Bạn không cần phải có đầy đủ tất cả các giấy tờ chứng minh khi gửi mẫu đơn xin này. Bạn có thể gửi phần còn lại sau. Chúng tôi sẽ gửi cho bạn một lá thư và cho bạn ít nhất là 10 ngày để gửi bất cứ giấy tờ chứng minh nào còn thiếu.**

- ☐ **Tôi đã trả lời tất cả các câu hỏi và điền vào tất cả các phần của đơn xin này.**
- ☐ **Tôi đã ký tên và ghi rõ ngày vào đơn.**
- ☐ **Tôi sẽ gửi tất cả những giấy tờ chứng minh cần thiết được liệt kê ở trang kế tiếp phục vụ cho việc nộp đơn của tôi.**

GỬI CHO CHÚNG TÔI NHỮNG GIẤY TỜ SAU

Một vài loại giấy tờ dưới đây sẽ không phải áp dụng cho bạn. Đối với những giấy tờ áp dụng cho bạn, hãy cho chúng tôi biết nếu như bạn không có hoặc không thể có được, bởi vì chúng tôi có thể lấy được hoặc giúp bạn lấy được chúng.

Những gì cần phải gửi:
Bản sao của tất cả các thẻ bảo hiểm sức khỏe tư nhân (mặt trước và mặt sau)
Bản sao của các Thẻ Thường trú (Permanent Resident Card) (thẻ xanh) hoặc các biểu mẫu khác của Sở Di trú và Nhập tịch Hoa Kỳ (U.S. Citizenship and Immigration Services) – nếu như bạn không phải là một công dân Hoa Kỳ .
Nếu bạn **không** sinh ra ở tiểu bang Louisiana, hãy gửi các giấy tờ chứng minh là Công dân Hoa Kỳ chẳng hạn như giấy khai sinh, giấy khai sinh lưu niệm của bệnh viện, Hộ chiếu Hoa Kỳ, hoặc các giấy tờ xin con nuôi. Nếu bạn không có bất cứ loại giấy tờ nào trong số này, hãy hỏi chúng tôi về những giấy tờ khác mà bạn có thể dùng được.
Các cuống check lương từ tháng trước (gross pay) (trước khi trừ thuế) hoặc một lá thư xác nhận của chỗ làm việc. Nếu bạn có cơ sở làm riêng, hãy gửi các tờ khai thuế liên bang năm ngoái và schedule – cho bạn, chồng bạn, và cha mẹ bạn (nếu như bạn dưới 19 tuổi) đang sống trong nhà cùng bạn
Giấy tờ chứng minh tổng thu nhập (trước thuế) từ Trợ cấp Cựu Quân nhân, bồi thường lao động (worker's comp), tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng, và bất cứ khoản thu nhập nào khác không có được từ việc làm. Giấy tờ chứng minh có thể là các thư từ chấp thuận và đơn thuế 1099 trong tờ khai thuế năm trước - cho bạn, chồng bạn, và cha mẹ bạn (nếu như bạn dưới 19 tuổi) đang sống trong nhà cùng bạn
Chứng nhận của bạn bè hoặc người thân cho bạn tiền
Chứng nhận từ nhà trẻ nếu trả tiền gửi trẻ. Chứng nhận số tiền trả để chăm sóc người bị khuyết tật.
Chứng nhận của tòa án và giấy tờ chứng minh số tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng hoặc con không ở chung một nhà. Nếu được thanh toán thông qua Cơ quan Louisiana Support Enforcement Services (SES), bạn **không** phải gửi các giấy tờ chứng minh – để cho chúng tôi biết.
Nếu bạn đang yêu cầu bảo hiểm theo chương trình Medicaid cho ba tháng trước khi bạn nộp đơn, hãy gửi các giấy tờ chứng minh thu nhập cho các tháng này.