BHSF Form 1-MB (Vietnamese)
Rev. 07/07 (English 05/07)
Prior Issue Obsolete

TRỢ CẤP Y TẾ BANG LOUISIANA
Đơn Xin Chương Trình Trợ Giúp Phí Medicare

MSP LOUISIANA Medicare Savings Program

Dùng đơn này để xin Chương Trình Trợ Giúp Phí Medicare, và tiền khấu trừ. **Quí vị phải có hoặc đủ điều kiện để được Medicare phần A mới được chương trình này.** Nếu quí vị đã lập gia đình, người phối ngẫu của quí vị có hoặc đủ điều kiêện được Medicare phần A cũng có thể dùng chung đơn này. Chương trình này miễn phí nhưng sẽ không trả tiền thuốc.

Để điền đơn, quí vị phải làm những bước sau đây:

1. **Điền và ký tên vào đơn này.** Làm ơn viết chữ in và dùng bút mực đen.
2. **Thu thập hồ sơ chứng minh.** Trang cuối của đơn có liệt kê những hồ sơ chúng tôi cần. Chúng tôi đảm bảo những hồ sơ quí vị cung cấp sẽ được giữ kín. Có luật buộc chúng tôi làm điều này.
3. **Hãy gửi đơn cho chúng tôi ngay.** Chúng tôi sẽ cho quí vị thêm thời gian để bổ túc hồ sơ.

Qúi vị nói thạo ngôn ngữ nào? ❑ Anh ❑ Tây Ban Nha ❑ Việt Nam ❑ Ngôn Ngữ khác_____
Qúi vị viết thạo ngôn ngữ nào? ❑ Anh ❑ Tây Ban Nha ❑ Việt Nam ❑ Ngôn Ngữ khác_____

1. Quí vị lấy đơn này ở đâu?

❑ Văn phòng Medicaid ❑ Bệnh viện ❑ Tiệm thuốc ❑ Văn phòng bác sĩ ❑ Bạn/Họ hàng ❑ Mạng ❑ Trường học ❑ Văn phòng Trợ Cấp Gia Đình (Food Stamp) ❑ Sở y tế ❑ Văn phòng Anh Sinh Xã Hội ❑ Sở làm ❑ Hội chợ ❑ Nơi khác (xin cho biết):_____

2. Cho chúng tôi biết lý lịch của quí vị (người xin trợ cấp).

Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ)_____

❑ Nam ❑ Nữ Quận_____

Số An Ninh Xã Hội_____Tên họ trước khi lập gia đình_____

Ngày sinh (tháng, ngày, năm)_____

❑ Lập gia đình và sống chung với người phối ngẫu ❑ Độc thân ❑ Ly dị ❑ Góa vợ/chồng

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn)

❑ Trắng ❑ Đen ❑ Á Châu ❑ Da Đỏ hoặc người Alaska ❑ Người Mỹ La Tinh
❑ Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương

Nếu quí vị không phải là công dân Hoa Kỳ, quí vị có phải là thường trú nhân không?
❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu số 3
Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): A#_____

Ngày đến Hoa Kỳ:_____

Nếu cần giúp điền đơn gọi chúng tôi 1-888-544-7996. Nếu quí vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404.

3. Cho chúng tôi biết cách liên lạc với quí vị.

Địa chỉ gửi thư_____Căn hộ/lô đất_____

Thành phố_____Tiểu bang_____Zip Code_____

Địa chỉ nhà (nếu khác địa chỉ gửi thư)_____

Thành phố_____Tiểu bang_____Zip Code_____

Điện thoại nhà(_____)_____Điện thoại di động(_____)_____

Điện thoại để nhắn tin(_____)_____Đa chỉ E-mail_____

Ngày giờ thuận tiện để liên lạc từ 7 giờ sáng đến 5 giờ chiều_____

4. Nếu lập gia đình và sống chung với người phối ngẫu, cho biết lý lịch của người phối ngẫu. ❑ Không sống chung với người phối ngẫu - Trả lời câu số 5

Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ)_____❑ Nam ❑ Nữ

Ngày sinh (tháng, ngày, năm)_____Số An Ninh Xã Hội_____

Người phối ngẫu của quí vị có xin chương trình trợ cấp Mediare? ❑ Có - Điền phần dưới ❑ Không - Trả lời câu số 5 (phải có Medicare phần A mới được chương trình này của Medicaid.)

Chủng tộc/Nguồn gốc của người phối ngẫu: (không phải trả lời, đánh dấu một hoặc hơn.)
❑ Trắng ❑ Đen ❑ Á Châu ❑ Da Đỏ hoặc người Alaska ❑ Người Mỹ La Tinh
❑ Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương

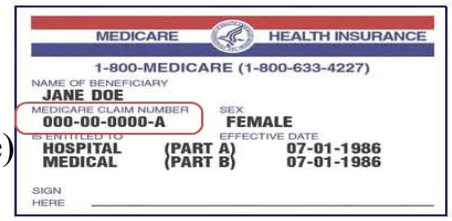
Nếu quí vị không phải là công dân Hoa Kỳ, quí vị có phải là thường trú nhân không?
❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời câu số 5
Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): A#_____

Ngày đến Hoa Kỳ:_____

5. Medicare

Số thẻ Medicare (ở trên thẻ Medicare)
_____

Số thẻ Medicare của người phối ngẫu (ở trên thẻ Medicare)
_____



6. Nếu có ai xin chương trình này mà có bảo hiểm sức khỏe cá nhân hoặc Medicare phụ, trả lời câu hỏi dưới. ❑ không có bảo hiểm - Trả lời câu số 7

Nếu có nhiều hơn một bảo hiểm, dùng thêm tờ giấy khác.

Ai có bảo hiểm? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai người Tên người có bảo hiểm_____

Ngày bảo hiểm có hiệu lực_____trả bao nhiêu một tháng?_____

Tên hãng bảo hiểm và số điện thoại_____

địa chỉ hãng bảo hiểm_____

Số hợp đồng bảo hiểm_____số nhóm_____

Bảo hiểm trả loại nào? ❑ Bệnh viện ❑ Bác sĩ ❑ Thuốc ❑ Nha sĩ ❑ Xe cấp cứu

7. Quí vị hoặc người phối ngẫu có đi làm hoặc có cơ sở làm riêng không?
❑ Có - Điền vào phần dưới ❑ Không - Trả lời câu số 8

Tên của người đi làm?	**Tên sở làm** _____ **Số Điện thoại sở làm** ( ) **❑ Có cơ sở làm riêng**	**Lãnh lương bao nhiêu (lương trước khi trừ thuế)?** **$** _____ **Bao lâu được lãnh?** ❑ tuần ❑ hai tuần ❑ 2 lần/tháng ❑ tháng
Tên của người đi làm?	**Tên sở làm** _____ **Số Điện thoại sở làm** ( ) **❑ Có cơ sở làm riêng**	**Lãnh lương bao nhiêu (lương trước khi trừ thuế)?** **$** _____ **Bao lâu được lãnh?** ❑ tuần ❑ hai tuần ❑ 2 lần/tháng ❑ tháng

8. Có ai nhận lợi tức (tiền) từ:

• Hưu/An Ninh Xã Hội • Trợ Cấp An Ninh Xã Hội (SSI) • Cựu quân nhân • Hưu • Thất nghiệp • cho muớn nhà • Bồi thường lao động • Tiền nhận từ bạn/họ hàng • Cấp dưỡng cho con (tên trẻ em nhận tiền này) • Cấp dưỡng cho vợ/chồng • Khoản tiền khác (xin cho biết)

❑ Có - Điền vào phần sau ❑ Không - Trả lời câu số 9

Tên người lãnh tiền	**Nguồn lợi tức**	**Lãnh bao nhiêu?** **$**_____	**Bao lâu lãnh?** ❑ tuần ❑ 2 tuần ❑ 2 lần/tháng ❑ mỗi tháng	**Nếu nhận tiền cựu quân nhân hoặc tiền cho công nhân đường sắt, cho biết số xác nhận.**
Tên người lãnh tiền	**Nguồn lợi tức**	**Lãnh bao nhiêu?** **$**_____	**Bao lâu lãnh?** ❑ tuần ❑ 2 tuần ❑ 2 lần/th áng ❑ mỗi tháng	**Nếu nhận tiền cựu quân nhân hoặc tiền cho công nhân đường sắt, cho biết số xác nhận.**
Tên người lãnh tiền	**Nguồn lợi tức**	**Lãnh bao nhiêu?** **$**_____	**Bao lâu lãnh?** ❑ tuần ❑ 2 tuần ❑ 2 lần/th áng ❑ mỗi tháng	**Nếu nhận tiền cựu quân nhân hoặc tiền cho công nhân đường sắt, cho biết số xác nhận.**

9. Có ai đang nộp đơn xin tiền hưu/tàn tật, hoặc tiền cựu quân nhân mà chưa có quyết định không? ❑ Có - Điền vào phần sau ❑ Không - Trả lời câu số 10

Ai?_____Chương trình nào?_____

10. Nếu có ai đang nhận tiền hưu, nhưng trong quá khứ được cả 2 tiền hưu và tiền tàn tật, nhưng bây giờ không còn được tiền tàn tật nữa, cho biết tên người đó._____

11. Cho biết nếu quí vị và người phối ngẫu có những tài khoản sau.

A. Trương mục ngân hàng/Trương mục tiết kiệm? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần B

Nếu có nhiều hơn 2 ngân khoản, dùng thêm tờ giấy khác.

Trương mục nào? ❑ Trương Mục ngân hàng ❑ Trương mục tiết kiệm

Ai đứng tên trương mục? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai người

Tên nhà băng_____

số trương mục_____Có bao nhiêu trong trương mục?_____

Trương mục nào? ❑ Trương Mục ngân hàng ❑ Trương mục tiết kiệm

Ai đứng tên trương mục? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai người

Tên nhà băng_____

số trương mục_____Có bao nhiêu trong trương mục?_____

B. Có tiền để riêng trong trương mục ngân hàng cho việc mai tang, hợp đồng chôn cất với nhà quàn? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần C

của ai? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai người

Tên của nhà băng hoặc nhà quàn_____

Đáng giá bao nhiêu?_____

Nếu phải ứng trước, ứng bằng cách nào? ❑ Tiền mặt ❑ Bảo hiểm nhân thọ ❑ Cả hai

Tiền này có phải ứng trước không? ❑ Có ❑ Không

Có thể hủy/thu hồi không? ❑ Có ❑ Không

C. Tiền cho nhà băng mượn (CDs)? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần D

Trương mục trên của ai? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai người

Tên nhà băng_____

Số trương mục_____

Trị giá bao nhiêu?_____

D. Tiền cho chính phủ mượn (Bonds)? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không –Trả lời phần E

Bonds của ai? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai người

Trị giá tiền bonds?_____

Số Bonds_____

Bonds loại nào?_____

E. Cổ phiếu? Có – Điền phần dưới ❑ Không –Trả lời phần F

Cổ phiếu của ai? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai người

Trị giá của cổ phiếu?_____

Tên của hãng quí vị mua cổ phiếu?_____

F. Tiền lãnh hàng năm và/hoặc quỹ hưu (IRA, Keogh, 401-K)? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần G

Tiền/quỹ trên của ai? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai người

Số ngân khoản_____

Giá trị?_____

Có được nhận tiền thường xuyên? ❑ Có ❑ Không

Nếu **có**, bao nhiêu? $_____Bao lâu lãnh?_____

Nếu **không**, số tiền đó có thể được lãnh không? ❑ Có ❑ Không ❑ Không biết

Có thể lãnh số tiền một lúc được không? ❑ Có ❑ Không ❑ Không biết

G. Hộp an toàn? ❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần H

Hộp an toàn này của ai? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai người

Tên ngân hàng_____

Trong hộp an toàn có gì?_____

_____

Giá trị của của vật t trong hộp?_____

_____

H. Bảo hiểm nhân thọ/chôn cất?❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần I

Cho chúng tôi biết về mỗi hợp đồng bảo hiểm. Nếu nhiều hơn 8, dùng thêm giấy khác.

Hợp đồng bao gồm	Người đứng tên bảo hiểm	Tên Hãng Bảo Hiểm	Giá Trị	Số Bảo Hiểm
❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu				
❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu				
❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu				
❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu				
❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu				
❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu				
❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu				
❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu				

I. Xe, xe tải, tàu, xe dùng đi cắm trại, xe máy, ATVs? ❑ có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần J

Cho biết chi tiết của mỗi thứ. Nếu có nhiều hơn 3 thứ, dùng thêm tờ giấy khác.

Chủ nhân	Loại nào?	Loại, Kiểu, Năm	Trị giá bao nhiêu?	Còn nợ bao nhiêu?

J. Tài sản (không tính nhà ở), nhà thứ 2, đất, tài sản ở bang khác, hoặc của hồi môn (kể cả tài sản chưa chia)? ❑ có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần K

Tài sản thuộc về ai? ❑ Tôi ❑ người phối ngẫu ❑ cả hai

Trị giá bao nhiêu?_____

Còn nợ bao nhiêu?_____

Xin cho biết chi tiết (địa điểm, số lô đất, bao nhiêu mẫu, toà nhà)._____

_____

K. Quí vị hoặc người phối ngẫu có mở quỹ đầu tư, bỏ tài sản vào quỹ đầu tư, hoặc được nhận quỹ đầu tư?❑ Có – Điền phần dưới ❑ Không – Trả lời phần L

Ngày mở quỹ đầu tư._____Quỹ này có thể bị hủy bỏ? ❑ Có ❑ Không

Quỹ đầu tư này có được lập trong di trúc? ❑ Có ❑ Không

Quỹ đầu tư được lập cho người bị tàn tật dưới 65 tuổi? ❑ Có ❑ Không

Ai lập quỹ đầu tư này?_____

Tên người được ủy thác?_____

L. Còn tài sản nào không? ❑ có – Điền phần dưới ❑ Không – ký tên vào đơn

Tài sản thuộc về ai? ❑ Tôi ❑ Người phối ngẫu ❑ Hai Người

Tên tài sản?_____

Trị giá bao nhiêu?_____

Cho chúng tôi biết._____

Đây là phần cuối của đơn. Qúi vị phải ký tên vào đơn.

QUYỀN LỢI VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÍ VỊ

NHỮNG ĐIỀU MEDICAID YÊU CẦU QUÍ VỊ

QUỐC TỊCH VÀ TÌNH TRẠNG DI TRÚ: Qúy vị khai rằng qúy vị là công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú hợp pháp.
KHAI SỰ THẬT: Những thông tin quí vị khai trong đơn phải đúng và chính xác. Quí vị hiểu rằng nếu những thông tin qúy vị khai không đúng HOẶC dấu không khai những gì mà quí vị phải khai để quí vị có thể nhận trợ cấp y tế, trong khi qúy vị không được hợp lệ. Nếu điều này xảy ra, quí vị sẽ bị phạt theo luật pháp. Hơn thế nữa, quí vị sẽ phải hoàn trả lại số tiền văn phòng Medicaid đã trả ra cho những giấy nợ y tế của quí vị vì khai gian.
SỰ XÁC MINH THÔNG TIN: Quí vị hiểu rằng những thông tin quí vị khai về quí vị và sẽ được kiểm tra. Quí vị đồng ý sẽ giúp và cho phép văn phòng Medicaid thu thập thông tin cần thiết từ những cơ quan chính phủ, cơ sở làm, nơi cung cấp dịch vụ y tế, và những cơ quan khác.
SỐ AN NINH XÃ HỘI: Quí vị hiểu rằng số An Ninh Xã Hội chỉ dùng để xác nhận thông tin từ những cơ quan chính phủ để có quyết định chính xác về đơn xin trợ cấp của quí vị và/hoặc người xin trợ cấp y tế.
CHI PHÍ VỀ Y TẾ TRẢ BỞI CƠ QUAN TRUNG GIAN: Quí vị hiểu rằng nếu quí vị nhận trợ cấp y tế, Bộ Y Tế có quyền thu hồi tiền đã trả ra cho những dịch vụ y tế của quí vị, nếu quí vị đã được hãng bảo hiểm khác trả, hoặc nếu quí vị thắng kiện và được bồi thường
BÁO CÁO SỰ THAY ĐỔI: Quí vị đồng ý báo cho văn phòng Medicaid biết nếu có sự thay đổi trong vòng 10 ngày về : 1) nếu qúy vị dọn ra khỏi tiểu bang; 2) thay đổi về địa chỉ gửi thư hoặc địa chỉ nhà 3) khi có người dọn vào hay dọn ra khỏi nhà; 4) thay đổi về hãng bảo hiểm sức khỏe và tiền đóng mua bảo hiểm hàng tháng; 5) thay đổi về lợi tức, và 6) thay đổi quy ền ss ở h ữu c ủa nh ững người đang nhận Medicaid vì tàn tật hoặc trên 64 tuổi.

NHỮNG QUYỀN LỢI VÀ YÊU CẦU CỦA TÔI

SỰ GIẢI TH ÍCH CÔNG BẰNG: Quí vị có thể yếu cầu một cuộc giải thích nếu quí vị cho rằng sự quyết định về đơn xin trợ cấp y tế của quí vị không công bằng, không chính xác, hoặc có quyết định quá trễ.
KHÔNG PHÂN BIỆT: Quí vị hiểu rằng văn phòng Medicaid không thể phân biệt chủng tộc, mầu da, giới tính, tật nguyễn, tôn giáo, quốc gia, chính trị. Nếu quí vị nghĩ đã bị đối sử như trên, quí vị có thể liên lạc U.S.DHHS Regional Office for Civil Rights in Dallas, TX at 1-800-368-1019 hoặc viết thư tới văn phòng Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources at P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.

↓ QUÍ VỊ PHẢI KÝ TÊN Ở DƯỚI ↓

Ký tên:_____**Ngày** _____

Nếu người phối ngẫu của quí vị cũng xin trợ cấp, người phối ngẫu phải ký tên phía dưới.

Người phối ngẫu ký tên:_____**Ngày** _____

Nếu viên chức đại diện văn phòng Medicaid điền đơn này cho qúi vị, họ sẽ ký tên dưới đây.

_____**Ngày**_____

Vui lòng gửi hoặc mang đơn và hồ sơ đến văn phòng Medicaid địa phương. Nếu quí vị cần địa chỉ hoặc số fax miễn phí, gọi s ố 1-888-342-6207. Nếu quí vị có vấn đề về thính giác và có điền thoại nổi chữ (TTY text telephone), gọisố 1-800-220-5404.

Gửi cho chúng tôi những hồ sơ này

Những hồ sơ này chúng tôi cần để duyệt đơn của quí vị. Một vài mục dưới sẽ không áp dụng đối với quí vị, người phối ngẫu, hoặc con của của vị. Những mục áp dụng đến lời khai của quí vị, cho chúng tôi biết nếu quí vị không có hoặc không thể cung cấp trong lúc này, bởi vì chúng tôi có thể giúp quí vị.

Để giúp quí vị biết phải gửi hồ sơ nào, đánh dấu ✓ bên cạnh của mục có liên quan đến quí vị và người phối ngẫu.

- ❑ Bản sao thẻ bảo hiểm cá nhân) và thẻ Medicare (mặt trước và mặt sau) - của những người xin trợ cấp
- ❑ Bản sao thẻ Thường Trú (thẻ xanh) hoặc những đơn từ sở Di Trú - của những người đang xin trợ cấp mà không phải là công dân Hoa Kỳ
- ❑ Nếu quí vị và người phối ngẫu đi làm, Cuống lương của tháng trước (tiền trước khi trừ thuế) hoặc thư chứng nhận từ sở làm. Nếu quí vị có cơ sở làm riêng, gửi bản sao của thuế liên bang và những đơn thuế liệt kê (schedule).
- ❑ Bản sao của thư báo được hưởng lợi tức cựu chiến binh - của quí vị và người phối ngẫu
- ❑ Chứng nhận lợi tức của lương hưu, bản quyền tác giả và bất cứ lợi tức nào - của quí vị và người phối ngẫu
- ❑ Nếu quí vị hoặc người phối ngẫu có nhà cho mướn, gửi bằng chứng của số tiền cho mướn nhà (thư của người mướn nhà hoặc ngân phiếu hủy).