ĐƠN ĐĂNG KÝ DÀNH CHO TRẺ EM, PHỤ NỮ MANG THAI, VÀ CÁC BẬC CHA MẸ

St. Joseph Customer Service Center
525 Jules St. #127
St. Joseph, MO 64501

MO HEALTHNET là chương trình bảo hiểm y tế của tiểu bang Missouri dành cho **trẻ em dưới 19 tuổi, một số vị cha mẹ và phụ nữ mang thai**. Để đăng ký, **hãy điền và ký tên vào** mẫu đơn đính kèm và gửi lại đến địa chỉ bên trên.

HƯỚNG DẪN ĐIỀN ĐƠN ĐĂNG KÝ MO HEALTHNET

Phần A - Địa Chỉ Gửi Thư:

Vui lòng cho biết tên, địa chỉ, và số điện thoại của quý vị. Vui lòng cho biết số điện thoại ở "Số Điện Thoại Gửi Tin Nhắn" để có thể liên lạc quý vị trong giờ làm việc bình thường, hoặc nơi chúng tôi có thể để lại tin nhắn cho quý vị.

Phần B - Thông Tin Về Hộ Gia Đình:

Liệt kê tất cả con cái, cha mẹ, cha mẹ kế hay người giám hộ trong hộ gia đình, trước tiên là bản thân quý vị. Điều quan trọng là quý vị phải cho biết mối quan hệ của người đó với quý vị; có nghĩa là vợ/chồng, con trai, con gái, v.v. Thông tin về chủng tộc và nhóm sắc tộc của quý vị chỉ dành cho mục đích thống kê và không bắt buộc. Số an sinh xã hội chỉ là bắt buộc đối với những ai đăng ký bảo hiểm MO HEALTHNET. Đánh dấu "X" vào ô cuối cùng để cho biết quý vị đang đăng ký MO HEALTHNET cho người đó.

Phần C - Thu Nhập:

Để xác định điều kiện tham gia MO HEALTHNET của gia đình quý vị, vui lòng điền vào phần này. Đính kèm một tờ nếu cần thêm chỗ trống. **Vui lòng gửi giấy tờ xác minh thu nhập cùng với đơn đăng ký này, nếu có thể**.

Phần D - Bảo Hiểm:

Đối với một số đương đơn, điều kiện tham gia MO HEALTHNET sẽ phụ thuộc vào khả năng tiếp cận bảo hiểm y tế của họ. Điều quan trọng là quý vị phải điền vào phần này. Liệt kê tất cả chương trình bảo hiểm y tế, bất kể nguồn bảo hiểm là gì.

Phần E - Cha Mẹ Vắng Mặt:

Chỉ điền vào phần này nếu một người cha/mẹ của một em đang đăng ký tham gia MO HEALTHNET không có mặt ở nhà. Luật pháp quy định phải có sự hợp tác với Ban Hỗ Trợ Gia Đình (Family Support Division), Cơ Quan Thực Thi Chu Cấp Nuôi Con (Child Support Enforcement) trong việc xin tiền thanh toán chi phí chăm sóc y tế. Điều này có nghĩa là quý vị phải hợp tác trong việc xác định cha/mẹ vắng mặt, giúp tìm cha/mẹ vắng mặt, giúp xác lập mối quan hệ cha/mẹ và biện pháp cần thiết khác. Việc không hợp tác không ảnh hưởng đến điều kiện nhận bảo hiểm MO HEALTHNET của con quý vị. Điều kiện tham gia của quý vị có thể bị ảnh hưởng nếu quý vị không hợp tác. Sự hợp tác của quý vị có thể có ích đối với quý vị và con mình vì sự hợp tác đó có thể dẫn đến việc tìm được cha/mẹ vắng mặt, xác lập hợp pháp mối quan hệ cha/mẹ của con quý vị, và nhận các khoản thanh toán chu cấp nuôi con và quyền nhận các khoản phúc lợi an sinh xã hội, cựu binh, hoặc phúc lợi khác của chính phủ trong tương lai.

Nếu quý vị cảm thấy việc theo đuổi sự hỗ trợ y tế từ cha/mẹ vắng mặt là không có lợi nhất cho con mình, ví dụ như, hành vi ngược đãi hay đe dọa ngược đãi trong quá khứ, hãy chọn "có" ở Câu Hỏi #1. Quý vị có thể có "lý do chính đáng" để không hợp tác nếu sự hợp tác của quý vị có thể dẫn đến nguy hại về thân thể hay tình cảm đối với con quý vị hay quý vị. Quý vị sẽ được yêu cầu cung cấp bằng chứng chứng minh khẳng định của mình.

Nếu quý vị khẳng định "lý do chính đáng", bằng cách chọn "có" ở Câu Hỏi #1, để không hợp tác trong việc nhận hỗ trợ y tế, quý vị sẽ nhận được thông báo giải thích các trường hợp theo đó có thể tìm thấy lý do chính đáng, và loại bằng chứng hay thông tin khác cần để quyết định khẳng định của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu thông báo này để giúp quý vị quyết định có khẳng định lý do chính đáng hay không.

Phần F - Chữ Ký:

Vui lòng đọc kỹ phần này và ký tên vào mẫu đơn. **Ngày bảo hiểm MO HEALTHNET có hiệu lực phụ thuộc vào ngày nhận được đơn đăng ký đã ký của quý vị**. Hãy gửi lại mẫu đơn đến địa chỉ bên trên.

Hãy gọi số 1-888-275-5908 nếu quý vị có thắc mắc
Vui lòng giữ lại trang này. Nó có thông tin quan trọng.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG KHÁC VỀ MO HEALTHNET

Nếu quý vị có thắc mắc hay cần giúp điền đơn, hãy gọi số miễn phí **1-888-275-5908**.

Khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký của quý vị, nó sẽ được xem xét, và nếu cần thông tin bổ sung, chúng tôi sẽ liên lạc quý vị. Nếu quý vị không có điện thoại, quý vị có thể liên lạc chúng tôi qua số điện thoại bên trên vài ngày sau khi quý vị gửi đơn.

Quý vị sẽ được thông báo qua đường bưu điện khi chúng tôi xem xét xong. Đối với phụ nữ mang thai, đơn được giải quyết trong vòng mười lăm ngày. Tất cả đơn đăng ký MO HEALTHNET khác sẽ được giải quyết trong vòng ba mươi ngày. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định về điều kiện tham gia của mình, quý vị có thể yêu cầu một buổi điều trần công bằng trong vòng 90 ngày kể từ ngày có quyết định.

THÔNG TIN CẦN THIẾT:

Có thể cần có thông tin sau đây trước khi duyệt đơn MO HEALTHNET của quý vị:

- Xác minh thu nhập (có nghĩa là cùi séc tiền lương, xác nhận của chủ hãng, đơn khai thuế thu nhập liên bang, giấy xác nhận phúc lợi, v.v.);
- Giấy tờ nhập cư cho biết tên, tình trạng nhập cư, số đăng ký và ngày nhập cảnh của những người nào đăng ký nhận MO HEALTHNET mà không phải là công dân Hoa Kỳ; và
- Giấy xác nhận y tế xác nhận tình trạng mang thai và ngày dự sinh (nếu đăng ký tham gia MO HEALTHNET với tư cách phụ nữ mang thai).

Nếu có thể, hãy gửi giấy xác minh này cùng với đơn đăng ký của quý vị. Chúng tôi sẽ chấp nhận bản sao của các giấy tờ này, tuy nhiên, nếu quý vị gửi bản gốc, chúng tôi sẽ sao ra và gửi lại bản gốc cùng với thư thông báo của quý vị. ĐỪNG TRÌ HOÃN VIỆC NỘP ĐƠN NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ SẴN GIẤY TỜ XÁC MINH. Quý vị sẽ được thông báo nếu cần thông tin bổ sung hay xác minh.

CHƯƠNG TRÌNH THANH THIẾU NIÊN KHỎE MẠNH:

Nếu con quý vị đủ điều kiện tham gia MO HEALTHNET, các em có thể nhận được dịch vụ thông qua chương trình Thanh Thiếu Niên Khỏe Mạnh (HCY). HCY cung cấp dịch vụ chăm sóc chính và chăm sóc sức khỏe phòng ngừa. Con quý vị có thể được khám bệnh, tiêm chủng và xét nghiệp giúp giữ gìn sức khỏe và xác định các vấn đề y tế có thể cần điều trị. MO HEALTHNET sẽ thanh toán các dịch vụ chăm sóc sức khỏe này.

Nếu quý vị đang mang thai và muốn được đánh giá nguy cơ sức khỏe và các dịch vụ quản lý trường hợp, hãy liên lạc sở y tế địa phương hoặc gọi cho TEL-LINK (1-800-835-5465).

QUYỀN LỢI VÀ TRÁCH NHIỆM

Quý vị phải **báo cáo bất kỳ thay đổi nào trong các hoàn cảnh đã khai trên khai báo đăng ký trong vòng MƯỜI NGÀY** kể từ khi xảy ra thay đổi, bất kể nguyên nhân thay đổi là gì. Quý vị vẫn có nghĩa vụ báo cáo và không được chờ đến khi chúng tôi liên lạc quý vị.

Bất kỳ thông tin nào được cung cấp trên đơn đăng ký sẽ được các quan chức của Liên Bang, Tiểu Bang, và địa phương xác minh. Quý vị có thể bị từ chối phúc lợi và/hoặc bị truy tố hình sự nếu cố tình cung cấp thông tin ngụy tạo. Tội ăn cắp hoặc tìm cách ăn cắp phúc lợi công có giá trị từ bảy trăm năm mươi dollar ($750,00) trở lên sau khi bị kết án, có thể bị phạt tù không quá năm năm; hoặc phạt giam trong nhà tù của quận hạt trong thời gian không quá một năm; hoặc phạt tiền không quá mười ngàn dollar ($10.000,00), hoặc cả hai. Nếu giá trị của phúc lợi có được phi pháp dưới bảy trăm năm mươi dollar ($750,00), đây là tội nhẹ.

Quý vị có quyền được đối xử công bằng và bình đẳng bất kể tuổi tác, giới tính, chủng tộc, màu da, khuyết tật, tôn giáo, tín ngưỡng, nguồn gốc quốc gia hay chính kiến.

Vui lòng giữ lại trang này. Nó có thông tin quan trọng.

SỞ DỊCH VỤ XÃ HỘI MISSOURI
MO HEALTHNET

ĐƠN ĐĂNG KÝ DÀNH CHO TRẺ EM, PHỤ NỮ MANG THAI, VÀ CÁC BẬC CHA MẸ

MoHealthNet for kids • MoHealthNet

ĐIỀN BẰNG BÚT MỰC.

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG
NGÀY LÀM ĐƠN
DCN
CHUYÊN VIÊN/GIÁM SÁT/NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH ĐIỀU KIỆN THAM GIA

A. ĐỊA CHỈ GỬI THƯ

TÊN (TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ)			
ĐỊA CHỈ (SỐ NHÀ, ĐƯỜNG HAY ĐƯỜNG NÔNG THÔN, SỐ HỘP THƯ)	THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ ZIP	QUẬN HẠT	
SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ	SỐ ĐIỆN THOẠI CÔNG TY	SỐ ĐIỆN THOẠI NHẬN TIN NHẮN	

HƯỚNG DẪN: Vui lòng trả lời hoàn chỉnh từng câu hỏi. Đính kèm thêm một tờ nếu cần thêm chỗ trống ở bất kỳ phần nào.

B. THÔNG TIN VỀ HỘ GIA ĐÌNH
(LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC CON, CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ HAY CHA MẸ KẾ SỐNG TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ, TRƯỚC TIÊN LÀ QUÝ VỊ.)

TÊN (TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ)	(NHŨ DANH)	CHỦNG TỘC*/ GIỚI TÍNH	NGƯỜI GỐC TÂY BAN NHA HOẶC BỒ ĐÀO NHA CÓ/KHÔNG	QUAN HỆ VỚI NGƯỜI ĐÓ a.	NGÀY SINH	NƠI SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	(X) ĐĂNG KÝ
a.				BẢN THÂN				
b.								
c.								
d.								
e.								
f.								

*(1 - NGƯỜI DA TRẮNG 2 - NGƯỜI DA ĐEN/NGƯỜI MỸ GỐC PHI 4 - NGƯỜI DA ĐỎ/NGƯỜI ALASKA BẢN XỨ 5 - NGƯỜI CHÂU Á 6 - NGƯỜI HAWAII BẢN XỨ/CÁC ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG)

1. Cả cha mẹ của tất cả các trẻ ở trong gia đình? ☐ CÓ ☐ KHÔNG (Nếu Không, điền vào phần E.)
2. Tất cả những người đăng ký đều là công dân Hoa Kỳ? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu Không, liệt kê thông tin sau đây đối với những người đăng ký MO HealthNet mà không phải Công Dân Hoa Kỳ: Tên, tình trạng nhập cư và số đăng ký, ngày nhập cảnh: _____
3. Quý vị có thể đủ điều kiện được chi trả hóa đơn dịch vụ y tế chưa thanh toán mà quý vị đã nhận được trong ba tháng vừa qua. Có bất kỳ ai được liệt kê bên trên đã nhận được các dịch vụ y tế chưa thanh toán trong ba tháng vừa qua hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG
   Nếu có, thu nhập có khác với các tháng trước đó hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG
4. Có bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị mang thai hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu có, ai? _____ Ngày dự sinh? _____
5. Giá trị ròng của quý vị (Giá trị ròng là giá trị của mọi thứ quý vị sở hữu trừ bất kỳ khoản nợ nào) là: ☐ dưới $50.000 ☐ $50.000-$100.000 ☐ $100.000-$150.000 ☐ $150.000-$200.000 ☐ $200.000 - $250.000 ☐ trên $250.000

   Vui lòng liệt kê tài sản của quý vị (tài khoản ngân hàng, cổ phiếu/trái phiếu, xe cộ, nhà cửa, bất động sản và tài sản cá nhân, v.v.) _____

C. THU NHẬP (Vui lòng đính kèm giấy tờ xác minh; có nghĩa là cùi séc tiền lương, xác nhận của chủ hãng, đơn khai thuế thu nhập liên bang, giấy xác nhận phúc lợi, v.v.)

1. Quý vị có việc làm? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu có, cho biết tên của chủ hãng _____

   Quý vị nhận được bao nhiêu tiền lương **trước** thuế hay khấu trừ? $ _____ ☐ Hàng tuần ☐ Một lần mỗi hai tuần ☐ Hai lần mỗi tháng ☐ Hàng tháng
2. Có bất kỳ ai trong gia đình quý vị có đi làm hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu có, ai? _____

   Tên của chủ hãng _____

   Họ nhận được bao nhiêu tiền lương **trước** thuế hay khấu trừ? $ _____ ☐ Hàng tuần ☐ Một lần mỗi hai tuần ☐ Hai lần mỗi tháng ☐ Hàng tháng
3. Có bất kỳ ai trong gia đình quý vị điều hành công ty riêng hoặc tự kinh doanh khác hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

   Nếu có, ai? _____ Mô tả loại hình tự kinh doanh (giữ trẻ, thu nhập từ nông trại, khác) và số tiền kiếm được: _____ ☐ Hàng tuần ☐ Hàng tháng ☐ Hàng năm
4. Chi phí chăm sóc trẻ có thể là khoản khấu trừ thu nhập được phép đối với các gia đình lao động. Quý vị có thanh toán cho một người chăm sóc con mình hay không?

   ☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu có, hãy liệt kê tên của những trẻ được chăm sóc: _____

   Quý vị thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ chăm sóc trẻ: $ _____ ☐ Hàng tuần ☐ Một lần mỗi hai tuần ☐ Hai lần mỗi tháng ☐ Hàng tháng

HÃY GỌI SỐ 1-888-275-5908 NẾU QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC

5. Có bất kỳ ai trong gia đình quý vị nhận được thu nhập khác (chẳng hạn như tiền chu cấp nuôi con, tiền cấp dưỡng, Bảo Hiểm Thất Nghiệp, phúc lợi bệnh tật, thu nhập từ tiền lãi, phúc lợi An Sinh Xã Hội, hoặc thu nhập khác không từ lao động) hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu có, điền nội dung sau:

NGƯỜI NHẬN	NGƯỜI CUNG CẤP KHOẢN TIỀN ĐÓ?	SỐ TIỀN ĐÃ NHẬN?	BAO LÂU NHẬN MỘT LẦN?

D. BẢO HIỂM Y TẾ

1. Có bất kỳ ai trong gia đình quý vị có bảo hiểm y tế, bảo hiểm bệnh viện hay Medicare hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

NHỮNG NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	TÊN CỦA CÔNG TY VÀ SỐ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	LOẠI HÌNH BẢO HIỂM
		☐ Bác sĩ ☐ Bệnh viện Nếu là bảo hiểm có giới hạn, hãy giải thích:
		☐ Bác sĩ ☐ Bệnh viện Nếu là bảo hiểm có giới hạn, hãy giải thích:

2. Có bất kỳ ai trong gia đình quý vị bị mất **hay bỏ** bảo hiểm y tế trong vòng sáu tháng vừa qua hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu có, hãy cho biết tên, ngày tháng và lý do bảo hiểm chấm dứt. _____

3. Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị nhận được bảo hiểm y tế thông qua một chủ hãng hay thông qua tư cách thành viên nhóm khác hay không?
☐ CÓ ☐ KHÔNG
Nếu có, cho biết tên của chủ hãng hay nhóm: _____
Những người sau đây có bảo hiểm hay không: ☐ Bản thân ☐ Vợ/chồng ☐ Con cái Phí bảo hiểm là bao nhiêu đối với trẻ em? $ _____ mỗi _____

4. Bất kỳ đứa con nào của quý vị có một bệnh trạng mà nếu không được điều trị sẽ dẫn đến tử vong hay thương tật thân thể nghiêm trọng cho đứa trẻ đó hay không?
☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu có, cho biết tên của (những) trẻ đó _____

5. Có một bên thứ ba có trách nhiệm thanh toán bất kỳ dịch vụ chăm sóc y tế nào của quý vị hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu có, ai? _____

E. THÔNG TIN VỀ CHA MẸ VẮNG MẶT (Điền vào phần này nếu một người cha/mẹ của bất kỳ trẻ nào không có mặt tại gia đình.)

TÊN (TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ)	TÊN (NHŨ DANH)	CHỦNG TỘC/ GIỚI TÍNH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH	CHA/MẸ CỦA TRẺ NÀO?	ĐỊA CHỈ ĐƯỢC BIẾT CUỐI CÙNG

1. Quý vị có lý do chính đáng để không hợp tác trong việc nhận sự hỗ trợ chăm sóc y tế hay không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG Nếu có, vui lòng giải thích.
_____

F. VUI LÒNG ĐỌC KỸ VÀ KÝ TÊN BÊN DƯỚI

- Tôi/chúng tôi đồng ý rằng tôi/chúng tôi phải cung cấp Số An Sinh Xã Hội của tất cả những người đăng ký nhận MO HealthNet theo quy định pháp luật. Số An Sinh Xã Hội được sử dụng để xác định điều kiện tham gia và xác minh thông tin.
- Tôi/chúng tôi đồng ý rằng tôi/chúng tôi phải được đánh giá để tham gia chương trình Health Insurance Premium Payment Program (HIPP) nếu tôi hoặc các thành viên trong hộ gia đình được tuyển dụng hay mất việc trong 30 ngày vừa qua và chủ hãng hay chủ hãng cũ có cung cấp bảo hiểm y tế.
- Tôi/chúng tôi đồng ý rằng khai báo của tôi/của chúng tôi và thông tin đã cung cấp có thể được xác minh.
- Tôi/chúng tôi sẽ báo cáo bất kỳ thay đổi hoàn cảnh nào trong vòng MƯỜI NGÀY sau khi xảy ra thay đổi.
- Tôi/chúng tôi biết rằng việc nhận hoặc tìm cách nhận phúc lợi mà tôi/chúng tôi không có quyền nhận là vi phạm pháp luật. Bất kỳ khai báo, tuyên bố ngụy tạo nào, hay việc che giấu bất kỳ thông tin có thực nào, dù toàn bộ hay một phần, có thể khiến tôi/chúng tôi bị truy tố hình sự và/hoặc dân sự.
- Tôi/chúng tôi đồng ý rằng bằng việc đăng ký tham gia (và được xác định là đủ điều kiện) MO HealthNet cho một đứa trẻ mà cha mẹ bị tước quyền nuôi con, tôi/chúng tôi đã nhượng tất cả quyền hỗ trợ y tế cho Tiểu Bang Missouri, và tôi/chúng tôi phải hợp tác trong việc xác lập quan hệ cha mẹ và xin sự hỗ trợ y tế, **trừ phi tôi/chúng tôi có lý do chính đáng. Việc không hợp tác không ảnh hưởng đến điều kiện tham gia của một đứa trẻ.**
- Tôi/chúng tôi hiểu rằng các khoản phúc lợi chăm sóc sức khỏe phụ thuộc vào việc một người ở độ tuổi 65 trở lên, mù hoặc khuyết tật sẽ không được quyết định bằng cách điền vào đơn đăng ký này. Nếu tôi/chúng tôi muốn đủ điều kiện nhận các khoản phúc lợi chăm sóc sức khỏe đã được tìm hiểu dựa trên việc ở độ tuổi 65 trở lên, mù hay khuyết tật, tôi/chúng tôi phải điền vào một đơn khác để nhận các khoản phúc lợi này.
- Tôi/chúng tôi đồng ý rằng thông tin y tế về tôi và/hoặc gia đình tôi có thể được tiết lộ nếu cần để quản lý chương trình này.
- Miễn là tôi/chúng tôi được nhận thấy là đủ điều kiện tham gia MO HealthNet Tôi/chúng tôi biết rằng tiểu bang Missouri sẽ thanh toán các dịch vụ được chi trả thay mặt cho tôi/chúng tôi và đồng ý với việc tiểu bang có thể thu các khoản thanh toán từ bất kỳ bên thứ ba nào (có nghĩa là bảo hiểm, điền trang, v.v.) đối với các dịch vụ được tiểu bang thanh toán.

Chữ ký của tôi/chúng tôi bên dưới xác nhận, và chúng tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật, rằng mọi khai báo có trong tuyên bố điều kiện tham gia này là có thực, chính xác, và hoàn chỉnh, theo hiểu biết chính xác nhất của tôi/chúng tôi. Tôi/chúng tôi cho phép các công ty bảo hiểm hoặc các chủ hãng tiết lộ bất kỳ thông tin nào về bản thân tôi hay (những) người phụ thuộc của tôi cần để xác định điều kiện tham gia chương trình HIPP.

CHỮ KÝ/TUYÊN THỆ	NGÀY	CHỮ KÝ CỦA VỢ/CHỒNG/TUYÊN THỆ	NGÀY

HÃY GỌI SỐ 1-888-275-5908 NẾU QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC