

Đơn Xin Hưởng Washington Apple Health

Dành cho Người Cao Tuổi, Người Mù, Người Khuyết Tật/Các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn

Sử dụng đơn xin này để xem bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nào quý vị có thể hội đủ điều kiện để hưởng nếu:

- Quý vị cần Các Dịch Vụ Và Hỗ Trợ Dài Hạn (LTSS) như chăm sóc tại viện dưỡng lão, cơ sở trợ sinh, nhà tập thể người lớn hoặc Các Hỗ Trợ Phù Hợp cho Người Cao Tuổi (TSOA).
- Quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình quý vị có Medicare.
- Quý vị cần giúp chi trả các khoản phí bảo hiểm Medicare hoặc chi phí đồng bảo hiểm.
- Quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình quý vị từ 65 tuổi trở lên.
- Quý vị hoặc người nào đó trong hộ gia đình quý vị bị khuyết tật và không có Medicare.
- Đối với TSOA: Quý vị từ 55 tuổi trở lên và quý vị hoặc nhân viên chăm sóc không hưởng lương của quý vị cần hỗ trợ.

Lưu ý: Nộp đơn xin hoặc gia hạn bảo hiểm Apple Health của quý vị trực tuyến thông qua Washington Healthplanfinder tại wahealthplanfinder.org hoặc bằng cách gọi 1-855-923-4633 nếu quý vị là:

- Một người lớn từ 19 đến 64 tuổi.
- Đang nộp đơn xin cho trẻ em.
- Một phụ huynh hoặc nhân viên chăm sóc đang nộp xin cùng với trẻ em.
- Đang mang thai hoặc đang nộp đơn xin cho người nào đó đang mang thai.

Nộp đơn trực tuyến nhanh hơn

- Quý vị có thể nộp đơn xin trực tuyến tại washingtonconnection.org

Thông tin quý vị sẽ cần để nộp đơn xin:

- Số an sinh xã hội
- Ngày sinh
- Tình trạng nhập cư
- Thông tin thu nhập
- Thông tin nguồn lực và tài sản (như số tiền còn lại trong tài khoản ngân hàng, cổ phiếu, trái phiếu, tín phiếu, tài khoản hưu trí)

Vì sao chúng tôi yêu cầu quá nhiều thông tin?

- Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin để xác định bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nào quý vị có thể hội đủ điều kiện để hưởng. Chúng tôi sẽ lưu giữ thông tin quý vị cung cấp một cách bảo mật theo quy định của luật pháp.

Nơi để gửi đơn xin hoàn tất và đã ký của quý vị:

Đối với bảo hiểm Apple Health dựa trên thời gian bị khuyết tật, bảo hiểm Tỵ Nạn và bảo hiểm cho người cao tuổi từ 65 trở lên, và các chương trình giúp chi trả các khoản phí bảo hiểm và chi phí Medicare

- Gửi đơn xin của quý vị đến:
DSHS
Community Services Division – Customer Service Center
PO Box 11699 Tacoma, WA 98411-6699
- Fax đơn xin của quý vị đến 1-888-338-7410
- Mang đơn xin của quý vị đến nộp tại một Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) địa phương.
- Xem dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office để tìm kiếm các địa điểm
- Nộp đơn xin trực tuyến tại washingtonconnection.org
- Nộp đơn xin qua điện thoại theo số 1-877-501-2233

Đối với bảo hiểm các dịch vụ và hỗ trợ chăm sóc dài hạn như chăm sóc tại viện dưỡng lão, chăm sóc cá nhân tại nhà, cơ sở trợ sinh, nhà tập thể người lớn và TSOA

- Gửi đơn xin của quý vị đến:
DSHS
Home and Community Services
PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826
- Để tìm kiếm văn phòng Sở Dịch Vụ Gia Đình và Cộng Đồng (HCS), hãy truy cập **dshs.wa.gov/office-locations**
- Fax đơn xin của quý vị đến 1-855-635-8305
- Nộp đơn xin trực tuyến tại **[washingtonconnection.org](https://www.washingtonconnection.org)**
- Để biết thêm các nguồn lực LTSS, hãy truy cập **dshs.wa.gov/altsa/resources**
- Để biết thêm các nguồn lực TSOA, hãy gọi 1-855-567-0252 hoặc liên hệ với văn phòng Cơ Quan Phụ Trách Người Cao Tuổi Trong Khu Vực (AAA) địa phương của quý vị để nói chuyện với một Chuyên Gia về Nhân Viên Chăm Sóc Gia Đình. Tìm kiếm văn phòng AAA địa phương của quý vị: **[waclic.org](https://www.waclc.org)**

Các Quyền và Trách Nhiệm về Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe

Các quyền của quý vị (chúng tôi phải) về tất cả chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe

Giúp quý vị đọc và điền vào tất cả mẫu đơn được yêu cầu. Quý vị có thể liên hệ với Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS) theo số 1-877-501-2233 để được trợ giúp.

Cung cấp các dịch vụ phiên dịch viên hoặc biên dịch viên không tính phí quý vị và không trì hoãn khi liên hệ với DSHS hoặc Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe (HCA).

Bảo mật thông tin cá nhân của quý vị nhưng chúng tôi có thể chia sẻ một số thông tin với các cơ quan khác của tiểu bang và liên bang, các tổ chức tài chính và nhà thầu HCA vì mục đích hội đủ điều kiện và đăng ký.

Cho quý vị cơ hội để kháng cáo nếu quý vị không đồng ý việc xác định của DSHS hoặc HCA đưa ra làm ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện của quý vị để hưởng bảo hiểm y tế, các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn (LTSS) hoặc một chương trình sức khỏe. Nếu quý vị yêu cầu kháng cáo, hồ sơ của quý vị sẽ được tái xét. Để biết thông tin về kháng cáo đối với các chương trình DSHS, quý vị có thể liên hệ với Trung Tâm Liên Hệ Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-501-2233 hoặc ghé đến Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng địa phương của quý vị.

Nếu kháng cáo đối với một quyết định về bảo hiểm Washington Apple Health mà không được giải quyết bằng cách tái xét hồ sơ, quý vị sẽ được sắp xếp một phiên Điều Trần Hành Chánh.

Đối xử với quý vị công bằng. Phân biệt đối xử là trái với luật pháp. DSHS và HCA tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử vì lý do chủng tộc, màu da, nguyên quán, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính. DSHS và HCA không loại trừ những người hoặc đối xử với họ khác biệt vì lý do chủng tộc, màu da, nguyên quán, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính của họ.

DSHS và HCA cũng tuân thủ theo luật pháp hiện hành của tiểu bang và không phân biệt đối xử vì lý do tín ngưỡng, giới tính, thể hiện hoặc định dạng giới tính, định hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, tình trạng xuất ngũ danh dự của cựu chiến binh hoặc quân đội, hay sử dụng động vật trong dịch vụ hoặc hướng dẫn chó đã huấn luyện bởi một người khuyết tật.

DSHS và HCA:

- Cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để họ có thể giao tiếp với chúng tôi một cách hiệu quả, như:
 - Các thông dịch viên ngôn ngữ cử chỉ có đủ tư cách
 - Thông tin bằng văn bản trong các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể sử dụng, các định dạng khác)
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người sử dụng ngôn ngữ chính của họ không phải là Tiếng Anh, như:
 - Các thông dịch viên có đủ tư cách
 - Thông tin bằng văn bản trong các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ 1-877-501-2233.

Nếu quý vị cho rằng DSHS và HCA đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo một cách khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu kiện với:

- **DSHS**

ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
Fax: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov

- **HCA Division of Legal Services**

ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98504-2704
1-855-682-0787
Fax: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

Quý vị có thể nộp đơn khiếu kiện trực tiếp hoặc bằng cách gọi điện thoại, gửi thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần giúp nộp đơn khiếu kiện, Bộ Phận Dịch Vụ Cử Tri DSHS hoặc Phòng Dịch Vụ Pháp Lý HCA hiện có để trợ giúp cho quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại dân quyền cho Bộ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền bằng điện tử tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc bằng cách gửi thư hay điện thoại đến:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Các mẫu đơn khiếu nại hiện có tại www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Trách nhiệm của quý vị (quý vị phải) về tất cả chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe

Tiết Lộ SSN và Tình Trạng Nhập Cư. Với một số ngoại lệ, quý vị phải cung cấp một Số An Sinh Xã Hội (SSN) hoặc số chứng từ nhập cư của bản thân quý vị hoặc bất kỳ người nào khác trong hộ gia đình quý vị muốn nộp đơn xin hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe. Một SSN bắt buộc phải có để nộp đơn xin hưởng các tín thuế để trả phí bảo hiểm y tế. Chúng tôi sử dụng thông tin này để xác định việc hội đủ điều kiện của quý vị bằng cách xác nhận tình trạng nhân dạng, quốc tịch, nhập cư, ngày sinh của quý vị và khả năng hiện có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác. Chúng tôi không chia sẻ thông tin này cho bất kỳ cơ quan di trú nào.

Có thể nộp đơn xin hưởng bảo hiểm cho một số thành viên trong hộ gia đình quý vị, nhưng không phải là những người khác. Nếu quý vị không có một SSN hoặc số chứng từ nhập cư đối với tất cả thành viên trong hộ gia đình, những người khác có thể vẫn nộp đơn xin và nhận bảo hiểm. Ví dụ: quý vị có thể nộp đơn xin cho con quý vị cho dù quý vị không hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm. Việc nộp đơn xin sẽ không ảnh hưởng đến tình trạng nhập cư của quý vị hoặc các cơ hội để trở thành một thường trú nhân hoặc công dân.

Cũng có một số chương trình Washington Apple Health dành cho những người không thể chứng minh họ đang ở trong nước một cách hợp pháp. Nhưng nếu quý vị chọn không cung cấp một SSN hoặc số chứng từ nhập cư đối với người nào đó trong hộ gia đình quý vị, chúng tôi sẽ cần phải tiếp tục làm việc với quý vị để nhận được thông tin về thu nhập của người không nộp đơn xin.

Nếu được cơ quan yêu cầu, hãy cung cấp bất kỳ thông tin hoặc bằng chứng nào cần thiết để quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không.

Những điều quý vị nên biết về tất cả chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe:

Có các luật lệ nhất định của tiểu bang và liên bang chi phối hoạt động của Washington Connection và các hệ thống nộp đơn xin do tiểu bang quản lý, các quyền và trách nhiệm của quý vị với tư cách là người sử dụng chúng và bảo hiểm quý vị nhận từ việc sử dụng chúng. Bằng cách sử dụng các hệ thống này, quý vị đồng ý tuân thủ theo luật pháp áp dụng cho người nào đó sử dụng chúng và bảo hiểm họ nhận được cũng như vậy.

Đạo Luật Đăng Ký Cử Tri Toàn Quốc ban hành năm 1973 yêu cầu tất cả tiểu bang cung cấp dịch vụ trợ giúp đăng ký cử tri thông qua các văn phòng trợ cấp công cộng của họ. Nộp đơn xin đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ hoặc phúc lợi mà quý vị sẽ được cơ quan này cung cấp. Quý vị cũng có thể đăng ký bỏ phiếu tại www.vote.wa.gov hoặc yêu cầu các mẫu đơn đăng ký cử tri bằng cách gọi 1-800-448-4881.

Các hạn chế của Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Khả Năng Chuyển Đổi Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA) ngăn chặn HCA và DSHS bàn thảo về thông tin sức khỏe của quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị với bất kỳ người nào, bao gồm một đại diện được ủy quyền, trừ khi cá nhân đó có quyền ủy nhiệm hoặc quý vị đã ký một mẫu đơn đồng ý cho phép tiết lộ thông tin này. Việc này bao gồm sự tiết lộ thông tin sức khỏe tâm thần, các kết quả xét nghiệm HIV, AIDS, STD hoặc các dịch vụ điều trị và cai nghiện ma túy.

Đạo Luật Chăm Sóc Khả Dụng ngăn chặn DSHS và HCA cung cấp thông tin nhận dạng cá nhân (PII) của quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị cho bất kỳ người nào không được cho phép nhận thông tin này và không có sự đồng ý của quý vị.

Thông tin mà quý vị cung cấp cho DSHS và HCA đều phải được các viên chức liên bang và tiểu bang xác minh vì mục đích xác định việc hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị. Việc xác minh có thể bao gồm các mối liên hệ tiếp theo của nhân viên cơ quan.

HCA và DSHS không có trách nhiệm quản lý chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Công ty bảo hiểm y tế của quý vị có thể cung cấp cho quý vị thêm thông tin về các phúc lợi của quý vị. **Nếu quý vị thắc mắc về các thời hạn chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, bao gồm các phúc lợi nào quý vị hội đủ điều kiện hưởng và khiếu nại về phúc lợi hoặc kháng cáo việc từ chối các phúc lợi, quý vị nên liên hệ với công ty bảo hiểm y tế của quý vị.**

Quý vị có thể nộp đơn xin hưởng các dịch vụ cưỡng bách cấp dưỡng thông qua Nha Cấp Dưỡng Con (DCS).

Để nhận được một đơn xin hưởng các dịch vụ này, hãy đến www.childsupportonline.wa.gov hoặc liên hệ với văn phòng DCS địa phương của quý vị.

Các quyền của quý vị (chúng tôi phải) chỉ về Washington Apple Health

Giải thích cho quý vị các quyền và trách nhiệm của quý vị nếu quý vị yêu cầu.

Cho phép quý vị nộp một phần đơn xin mà bao gồm tối thiểu là tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị hoặc chữ ký của đại diện được ủy quyền của người nộp đơn xin. Ngày chúng tôi nhận một phần đơn xin là ngày trên đơn xin của quý vị, có thể ảnh hưởng khi bảo hiểm của quý vị trở nên có hiệu lực. Chúng tôi sẽ không đưa ra một chung quyết nào về bảo hiểm của quý vị cho đến sau khi quý vị hoàn tất đơn xin.

Cho phép quý vị nộp một đơn xin hoặc một phần đơn xin bằng cách sử dụng bất kỳ cách thức nào được liệt kê theo WAC 182-503-0005.

Tiến hành giải quyết đơn xin của quý vị nhanh chóng và không trễ hơn tiến độ được mô tả trong WAC 182-503-0060.

Cho phép quý vị 10 ngày dương lịch để cung cấp thông tin chúng tôi cần nhằm xác định việc hội đủ điều kiện. Nếu quý vị yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi sẽ cho quý vị thêm thời gian. Nếu quý vị không cung cấp cho chúng tôi thông tin hoặc yêu cầu thêm thời gian, chúng tôi có thể từ chối, chấm dứt hoặc thay đổi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Trợ giúp quý vị nếu quý vị gặp khó khăn khi lấy bất kỳ thông tin hoặc bằng chứng nào cần thiết để chúng tôi quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện hay không. Nếu chúng tôi yêu cầu một chứng từ mà quý vị sẽ trả tiền chi phí, chúng tôi sẽ đặt chứng từ đó gửi đến cho quý vị và trả chi phí.

Thông báo cho quý vị biết, trong hầu hết các trường hợp, ít nhất 10 ngày trước khi chúng tôi ngưng lại bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Gửi cho quý vị một quyết định bằng văn bản, trong hầu hết các trường hợp, trong vòng 45 ngày. Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe dành cho một số trường hợp khuyết tật có thể lên đến 60 ngày. Chúng tôi đưa ra một quyết định bằng văn bản về việc khám thai trong vòng 15 ngày.

Cho phép quý vị từ chối nói với một điều tra viên nếu chúng tôi kiểm tra hồ sơ của quý vị. Quý vị không cần phải cho một điều tra viên vào nhà của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu điều tra viên trở lại vào một lúc khác. Một yêu cầu như thế sẽ không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Tiếp tục bảo hiểm Washington Apple Health khi chúng tôi quyết định xem quý vị có hội đủ điều kiện hưởng một chương trình khác theo WAC 182-504-0125 hay không.

Cho phép quý vị quyền tiếp cận công bằng về các dịch vụ như được mô tả trong WAC 182-503-0120 nếu quý vị hội đủ điều kiện.

Các trách nhiệm của quý vị (quý vị phải) chỉ về Washington Apple Health

Báo cáo các thay đổi được quy định trong WAC 182-504-0105 và WAC 182-504-0110 trong vòng 30 ngày của thay đổi này. Đọc thư chấp thuận của quý vị để xem các thay đổi nào quý vị phải báo cáo.

Hoàn tất các đổi mới khi được yêu cầu.

Cung cấp thông tin của nhà cung cấp dịch vụ y tế cần thiết để gọi hóa đơn cho chúng tôi về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nộp đơn xin hưởng Medicare nếu quý vị được quyền đối với điều này.

Hợp tác với nhân viên Bảo Đảm Phẩm Chất nếu được yêu cầu.

Nộp đơn xin và nỗ lực hợp lý để nhận được thu nhập có thể có từ các nguồn khác khi quý vị yêu cầu hoặc nhận bảo hiểm Washington Apple Health.

Những điều quý vị nên biết chỉ về Washington Apple Health

Bằng cách yêu cầu và nhận Washington Apple Health, quý vị cung cấp cho tiểu bang Washington tất cả các quyền về bất kỳ hỗ trợ y tế nào hoặc về bất kỳ chi trả nào của bên thứ ba đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Cơ Quan có thể chia sẻ lược sử chủng ngừa của con quý vị với Hệ Thống Theo Dõi Hồ Sơ Chủng Ngừa Trẻ Em.

Thông tin quý vị báo cáo có thể được cung cấp cho DSHS để xác định việc hội đủ điều kiện và các phúc lợi hàng tháng đối với các chương trình như bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, trợ cấp tiền mặt, trợ cấp thực phẩm và trợ cấp giữ trẻ.

Theo luật pháp, Tiểu Bang Washington có thể thu hồi các chi phí mà khoản này được chi trả cho các loại dịch vụ y tế nhất định từ bất động sản của quý vị thông qua Thu Hồi Di Sản (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, và Chương 182-527 WAC). Thu Hồi Di Sản không xảy ra cho đến sau khi quý vị qua đời, sự qua đời của vợ/chồng còn lại của quý vị và các con còn lại của quý vị đều từ 21 tuổi trở lên. Thu hồi di sản cũng không xảy ra nếu một con còn lại bị mù/khuyết tật vào thời điểm quý vị qua đời. Các chi phí có thể thu hồi lại được bao gồm:

- Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn Washington Apple Health nhất định, nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên vào thời điểm quý vị đã nhận được các dịch vụ;
- Các dịch vụ nhất định chỉ do tiểu bang tài trợ, bất kể tuổi tác của quý vị vào thời điểm quý vị đã nhận được các dịch vụ.

Quý vị có thể tìm thấy một danh sách các dịch vụ phải thu hồi chi phí theo WAC 182-527-2742. Quý vị có thể tìm thấy một danh sách tài sản được miễn trừ bị loại khỏi việc thu hồi theo WAC 182-527-2746.

Tiểu Bang cũng có thể nộp đơn xin quyền nắm giữ bất động sản của quý vị trước khi qua đời, ở bất kỳ độ tuổi nào, nếu quý vị được đưa vào sống trong cơ sở từ thiện lâu dài (WAC 182-527-2734). Tiểu Bang có thể thu hồi từ việc bán nhà cửa hoặc bất động sản của quý vị, trừ khi:

- Vợ/chồng quý vị sống tại nhà này;
- Anh chị em ruột của quý vị sống tại nhà này, là một đồng chủ sở hữu, và đáp ứng các điều kiện nhất định.
- Con quý vị sống tại nhà này và bị mù/khuyết tật; hoặc
- Con quý vị sống tại nhà này và dưới 21 tuổi.

Quý vị có thể tìm thấy một danh sách các dịch vụ phải thu hồi chi phí theo quyền nắm giữ thế chấp trước khi qua đời trong WAC 182-527-2734.

Quý vị có thể bị giới hạn về một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhà thuốc và/hoặc bệnh viện nếu quý vị tìm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không cần thiết từ các nhà cung cấp.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទេវាលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ພຣິໄດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዲሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Đơn Xin Hưởng Washington Apple Health Dành cho Người Cao Tuổi, Người Mù, Người Khuyết Tật/Các Dịch Vụ và Hỗ Trợ Dài Hạn

1

Tên và thông tin liên hệ của người nộp đơn xin

Tên (Bản thân)

Tên Lót

Họ

Số ID thân chủ (Nếu có)

Chữ ký của người nộp đơn hoặc đại diện được ủy quyền

Địa chỉ nơi quý vị sống (Bắt buộc)

Quận

Thành phố

Tiểu bang

Mã vùng

Đánh dấu vào ô này nếu quý vị không có địa chỉ thực sự

Địa chỉ gửi thư (nếu khác)

Quận

Thành phố

Tiểu bang

Mã vùng

Số điện thoại chính

Điện thoại di động

Email

Nếu sống trong một cơ sở, hãy liệt kê tên và địa chỉ cơ sở, nếu không cùng tên và địa chỉ trên đây:

Tên cơ sở

Địa chỉ cơ sở

Quận

Thành phố

Tiểu bang

Mã vùng



18005

2**Chương trình đang nộp đơn xin hưởng**

Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình tôi đang nộp đơn xin hưởng:

Dịch Vụ Nhân Viên Chăm Sóc Tại Nhà

Cơ Sở Trợ Sinh/Nhà Tập Thể Người Lớn

Chăm Sóc Tại Viện Dưỡng Lão

Các Hỗ Trợ Phù Hợp cho Người Cao Tuổi (TSOA)

Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Cao Tuổi, Người Mù hoặc Người Khuyết Tật

Chương Trình Tiết Kiệm Medicare

Apple Health dành cho Người Lao Động Bị Khuyết Tật (HWD)

3**Thông tin hóa đơn y tế chưa chi trả**

Quý vị hoặc bất kỳ người nào đó mà quý vị đang nộp đơn xin có cần trợ giúp thanh toán các hóa đơn y tế chưa chi trả phát sinh trong bất kỳ tháng nào trong 3 tháng ngay trước tháng hiện tại không? Có Không Nếu có, hãy liệt kê ai:

4**Thông tin ngôn ngữ**

Quý vị hoặc bất kỳ người nào đó mà quý vị đang nộp đơn xin sẽ cần một phiên dịch viên hoặc để nhận các chứng từ bằng một ngôn ngữ khác không? Có Không

Nếu có, quý vị cần ngôn ngữ hay định dạng thay thế nào? Liệt kê tất cả các mục thích hợp: _____

5**Thông tin về quý vị và gia đình quý vị**

Liệt kê bản thân quý vị, vợ/chồng và những người phụ thuộc đang sống với quý vị cho dù quý vị không nộp đơn xin cho họ (đính kèm thêm giấy, nếu cần).

BẢN THÂN QUÝ VỊ

Tên (Tên, Tên lót, Họ)

Giới tính đã định rõ lúc sinh ra

Quan hệ với quý vị?

Ngày sinh

Số An Sinh Xã Hội (SSN)*

Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không?

Có

Không

Công dân hoặc tình trạng không là công dân: (đánh dấu một ô)

Công dân Hoa Kỳ

Có

Không

Cư dân Washington

Có

Không

Quý vị có là người gốc La-tinh và Tây Ban Nha, La-tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN)

Cuba

Mễ/Mỹ gốc Mễ/Chicano

Không phải Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha

Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha khác

Puerto Rican

Chủng Tộc (TÙY CHỌN – chọn tối đa năm nếu thích hợp)

Mỹ Da Đỏ

Trung Quốc

Hàn Quốc

Thái Lan

Châu Á

Filipino

Lào

Việt Nam

Nam Á

Guam

Dân Đảo Thái Bình Dương khác

Da Trắng

Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi	Hawai	Chủng Tộc khác
Campuchia	Nhật Bản	Samoa

Tên (Tên, Tên lót, Họ)	Giới tính đã định rõ lúc sinh ra	Quan hệ với quý vị?	Ngày sinh
------------------------	----------------------------------	---------------------	-----------

Số An Sinh Xã Hội (SSN)*	Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không?	Có	Không
--------------------------	--	----	-------

Công dân hoặc tình trạng không là công dân: (đánh dấu một ô)

Công dân Hoa Kỳ	Có	Không	Cư dân Washington	Có	Không
-----------------	----	-------	-------------------	----	-------

Quý vị có là người gốc La-tinh và Tây Ban Nha, La-tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN)

Cuba	Mễ/Mỹ gốc Mễ/Chicano	Không phải Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha
Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha khác	Puerto Rican	

Chủng Tộc (TÙY CHỌN - chọn tối đa năm nếu thích hợp)

Mỹ Da Đỏ	Trung Quốc	Hàn Quốc	Thái Lan
Châu Á	Filipino	Lào	Việt Nam
Nam Á	Guam	Dân Đảo Thái Bình Dương khác	Da Trắng
Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi	Hawai	Chủng Tộc khác	
Campuchia	Nhật Bản	Samoa	

Tên (Tên, Tên lót, Họ)	Giới tính đã định rõ lúc sinh ra	Quan hệ với quý vị?	Ngày sinh
------------------------	----------------------------------	---------------------	-----------

Số An Sinh Xã Hội (SSN)*	Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không?	Có	Không
--------------------------	--	----	-------

Công dân hoặc tình trạng không là công dân: (đánh dấu một ô)

Công dân Hoa Kỳ	Có	Không	Cư dân Washington	Có	Không
-----------------	----	-------	-------------------	----	-------

Quý vị có là người gốc La-tinh và Tây Ban Nha, La-tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN)

Cuba	Mễ/Mỹ gốc Mễ/Chicano	Không phải Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha
Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha khác	Puerto Rican	

Chủng Tộc (TÙY CHỌN – chọn tối đa năm nếu thích hợp)

Mỹ Da Đỏ	Trung Quốc	Hàn Quốc	Thái Lan
Châu Á	Filipino	Lào	Việt Nam
Nam Á	Guam	Dân Đảo Thái Bình Dương khác	Da Trắng
Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi	Hawai	Chủng Tộc khác	
Campuchia	Nhật Bản	Samoa	

Tên (Tên, Tên lót, Họ)	Giới tính đã định rõ lúc sinh ra	Quan hệ với quý vị?	Ngày sinh
------------------------	----------------------------------	---------------------	-----------

Số An Sinh Xã Hội (SSN)*	Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không?	Có	Không
--------------------------	--	----	-------

Công dân hoặc tình trạng không là công dân: (đánh dấu một ô)

Công dân Hoa Kỳ	Có	Không	Cư dân Washington	Có	Không
-----------------	----	-------	-------------------	----	-------

Quý vị có là người gốc La-tinh và Tây Ban Nha, La-tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN)

Cuba	Mỹ/Mỹ gốc Mễ/Chicano	Không phải Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha
Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha khác	Puerto Rican	

Chủng Tộc (TÙY CHỌN – chọn tối đa năm nếu thích hợp)

Mỹ Da Đỏ	Trung Quốc	Hàn Quốc	Thái Lan
Châu Á	Filipino	Lào	Việt Nam
Nam Á	Guam	Dân Đảo Thái Bình Dương khác	Da Trắng
Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi	Hawai	Chủng Tộc khác	
Campuchia	Nhật Bản	Samoa	

Tên (Tên, Tên lót, Họ)	Giới tính đã định rõ lúc sinh ra	Quan hệ với quý vị?	Ngày sinh
------------------------	----------------------------------	---------------------	-----------

Số An Sinh Xã Hội (SSN)*	Quý vị muốn có bảo hiểm cho người này không?	Có	Không
--------------------------	--	----	-------

Công dân hoặc tình trạng không là công dân: (đánh dấu một ô)

Công dân Hoa Kỳ	Có	Không	Cư dân Washington	Có	Không
-----------------	----	-------	-------------------	----	-------

Quý vị có là người gốc La-tinh và Tây Ban Nha, La-tinh hoặc Tây Ban Nha không? (TÙY CHỌN)

Cuba	Mỹ/Mỹ gốc Mễ/Chicano	Không phải Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha
Tây Ban Nha/La-tinh và Tây Ban Nha khác	Puerto Rican	

Chủng Tộc (TÙY CHỌN – chọn tối đa năm nếu thích hợp)

Mỹ Da Đỏ	Trung Quốc	Hàn Quốc	Thái Lan
Châu Á	Filipino	Lào	Việt Nam
Nam Á	Guam	Dân Đảo Thái Bình Dương khác	Da Trắng
Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi	Hawai	Chủng Tộc khác	
Campuchia	Nhật Bản	Samoa	

***HCA không chia sẻ thông tin này với bất kỳ cơ quan di trú nào vì mục đích thực thi vấn đề nhập cư. Để trống phần này nếu quý vị không có SSN.**

6

Thông tin chung

- Trong 30 ngày qua, tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình tôi đã có nhận được bảo hiểm chăm sóc sức khỏe từ một tiểu bang, bộ lạc khác hoặc nguồn khác không?
Có Không Nếu có, xin giải thích _____
- Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình tôi đã có nhận được Phụ Cấp Thu Nhập An Sinh (SSI) ở một tiểu bang khác không?
Có Không Nếu có, ai? _____
- Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình tôi có là một người nhập cư được bảo trợ không?
Có Không Nếu có, ai? _____
- Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình tôi đã phục vụ trong Lực Lượng Vũ Trang, Vệ Binh Quốc Gia hoặc Lực Lượng Phòng Bị Hoa Kỳ hay là một người phụ thuộc hoặc vợ/chồng của người nào đó đã phục vụ?
Có Không Nếu có, ai? _____
- Tôi có một người sống phụ thuộc vào người nộp thuế mà tôi chưa đưa vào đơn xin của tôi, họ không sống với tôi?
Có Không Nếu có, hãy liệt kê (các) tên của người phụ thuộc vào người nộp thuế _____
- Tôi là người: Độc thân Đã kết hôn đang sống với vợ/chồng Đã kết hôn đang sống ly thân với vợ/chồng
Đã ly hôn Góa bụa Trong một Mối Quan Hệ Bạn Đời có đăng ký Ly thân hợp pháp

7

Thu nhập từ việc làm hoặc tự làm chủ (Đính kèm bằng chứng)

Thu nhập kiếm được là số tiền kiếm được từ việc làm hoặc tự làm chủ, một số ví dụ* bao gồm

Việc Làm:

- Tiền công, tiền lương hoặc tiền boa mà các khoản thuế thu nhập liên bang được khấu trừ trên Mẫu Đơn W-2, ô 1
- Chạy việc vặt hoặc làm công việc
- Bán hàng hóa trực tuyến
- Cung cấp các dịch vụ sáng tạo hoặc chuyên nghiệp
- Cung cấp công việc tạm thời, theo yêu cầu hoặc tự do khác
- Tiền thưởng và tiền hoa hồng
- Khoản chi trả theo kế hoạch lương hưu
- Phúc lợi từ cuộc đình công của công đoàn
- Thu nhập từ việc làm mà sở làm của quý vị đã không khấu trừ thuế (như công việc hoạt động kinh tế có hợp đồng)
- Lái xe cho các chuyến đi hoặc giao hàng được đặt trước

Tự Làm Chủ:

- Sở hữu hoặc điều hành một doanh nghiệp
- Sở hữu hoặc điều hành một nông trại
- Mục sư hoặc hội viên của một dòng tu
- Nhân viên pháp định và có thu nhập

***Nguồn:** [irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables](https://www.irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables)

1. Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó mà tôi đang nộp đơn xin có thu nhập từ việc làm

Có Không Nếu có, xin hoàn tất mục này.

2. _____
 Ai kiếm được thu nhập này: Tên sở làm Số điện thoại của sở làm

_____ Đây có là công việc tự làm chủ không? Có Không
 Ngày bắt đầu

Tổng số tiền đã nhận (Số tiền đôla trước khi khấu trừ) _____ mỗi: Giờ Tuần Hai tuần
 Một tháng hai lần Tháng

_____ Số giờ mỗi tuần Các ngày trả lương (ví dụ: ngày 1 và 15, hoặc mỗi Thứ Sáu)

3. _____
 Ai kiếm được thu nhập này: Tên sở làm Số điện thoại của sở làm

_____ Đây có là công việc tự làm chủ không? Có Không
 Ngày bắt đầu

Tổng số tiền đã nhận (Số tiền đôla trước khi khấu trừ) _____ mỗi: Giờ Tuần Hai tuần
 Một tháng hai lần Tháng

8

**Thu Nhập Khác (Dành cho tất cả thành viên trong hộ gia đình)
 (Đính kèm bằng chứng)**

1. Ví dụ về thu nhập khác là:

- Cấp Dưỡng Con hoặc Bảo Dưỡng Của Vợ/chồng
- Các phúc lợi giáo dục (Khoản Cho Học Sinh/Sinh Viên Vay, Học Bổng, Vừa Làm Vừa Học của Sinh Viên)
- Thu Nhập Từ Đánh Bạc
- Quà Tặng (Cấp Dưỡng Tiền Mặt/ Phiếu Quà Tặng)
- Lợi Tức/Cổ Tức
- Lao Động và Kỹ Nghệ (L&I)
- Phúc Lợi Ngành Đường Sắt
- Thu Nhập Cho Thuê
- Lương Hưu hoặc Trợ Cấp
- Hợp Đồng Bán Hàng/Giấy Nợ
- An Sinh Xã Hội
- Phụ Cấp Thu Nhập An Sinh (SSI)
- Thu Nhập Bộ Lạc
- Quỹ Tín Thác
- Trợ Cấp Thất Nghiệp
- Các Phúc Lợi Cựu Chiến Binh (VA) hoặc Quân Đội
- Nguồn Khác

2. Liệt kê thu nhập khác mà quý vị, vợ/chồng quý vị nhận được hoặc người nào đó quý vị đang nộp đơn xin cũng nhận được:

Loại thu nhập khác	Ai nhận được thu nhập	Tổng số tiền hàng tháng	Ai nhận được thu nhập	Tổng số tiền hàng tháng
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3. Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó trong hộ gia đình tôi có nhận được thu nhập từ một khoản đầu tư niên kim?

Có Không

_____	_____	_____	_____	_____
Ai sở hữu lãi niên kim	Công ty hoặc tổ chức	Số tiền hoặc giá trị	Thu nhập hàng tháng	Ngày mua
_____	_____	_____	_____	_____
Ai sở hữu lãi niên kim	Công ty hoặc tổ chức	Số tiền hoặc giá trị	Thu nhập hàng tháng	Ngày mua

9

Chi Phí Nhà Ở (Đính kèm bằng chứng nếu đang nộp xin LTSS)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Thuê nhà	Cầm cố	Chỗ thuê	Bảo hiểm nhà ở	Thuế tài sản	Các chi phí khác

Quý vị có nhận trợ giúp từ một người hoặc cơ quan khác, như vấn đề nhà ở được trợ cấp mà chi trả tất cả hoặc một phần các chi phí này không?

Có Không Nếu có, ai? _____

10

Khấu trừ

1. Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó tôi đang nộp đơn xin sẽ chi trả hoặc được đề nghị chi trả:

_____	_____	_____
Giữ trẻ hoặc chăm sóc người lớn phụ thuộc	Số tiền hàng tháng	Ai chi trả
_____	_____	_____
Cấp dưỡng con theo lệnh tòa	Số tiền hàng tháng	Ai chi trả
_____	_____	_____
Phí của người được thụ hưởng	Số tiền hàng tháng	Ai chi trả
_____	_____	_____
Phí giám hộ	Số tiền hàng tháng	Ai chi trả
_____	_____	_____
Phí luật sư theo lệnh tòa	Số tiền hàng tháng	Ai chi trả
_____	_____	_____
Chi phí y tế theo định kỳ (bao gồm Medicare hoặc các khoản phí bảo hiểm y tế khác mà quý vị chi trả)	Số tiền hàng tháng	Ai chi trả

2. Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó tôi đang nộp đơn xin mà còn nợ các chi phí y tế?

_____	_____	_____	_____
Loại chi phí y tế	Ngày phát sinh	Số tiền còn nợ	Ai nợ
_____	_____	_____	_____
Loại chi phí y tế	Ngày phát sinh	Số tiền còn nợ	Ai nợ
_____	_____	_____	_____
Loại chi phí y tế	Ngày phát sinh	Số tiền còn nợ	Ai nợ

3. Tôi, vợ/chồng của tôi hoặc người nào đó tôi đang nộp đơn xin mà bị khuyết tật và đang đi làm và có các chi phí hỗ trợ việc làm? Đây được gọi là Các Chi Phí Dành Cho Việc Làm Liên Quan Đến Tình Trạng Khuyết Tật (IRWE).

Có Không Nếu có, hãy cung cấp số tiền IRWE _____

11

Các Nguồn Lực (Đính Kèm Bằng Chứng)

(Bỏ qua mục này nếu chỉ nộp đơn xin hưởng các Chương Trình Tiết Kiệm Medicare (MSP) hoặc Apple Health dành cho Người Lao Động Bị Khuyết Tật (HWD))

1. Một nguồn lực là bất kỳ những gì quý vị sở hữu hoặc đang mua có thể được bán, trao đổi mậu dịch hoặc đổi thành tiền mặt hay tiền do những người khác nắm giữ. Một nguồn lực không bao gồm tài sản cá nhân như đồ trang trí nội thất, hàng gia dụng hoặc quần áo. Ví dụ về các nguồn lực là:

- Tiền mặt
- Tài khoản chi phiếu
- Tài khoản tiết kiệm
- CDs
- Tài khoản thị trường tiền tệ
- Trái phiếu tiết kiệm
- Trái phiếu
- Quỹ tương hỗ
- Cổ phiếu
- Lãi niên kim
- Quỹ tín thác
- IRA
- 401K
- Quỹ hưu trí
- Nhà cửa, bao gồm một nhà quý vị đang ở
- Quỹ an táng
- Chung cư
- Đất đai
- Hợp đồng bán hàng
- Cao ốc
- Tài sản được hưởng trọn đời
- Bảo hiểm nhân thọ
- Chương trình lễ tang trả trước
- Quỹ đoàn thể
- Chủ sở hữu kỳ nghỉ
- Thiết bị của doanh nghiệp
- Trang thiết bị nông trại
- Vật nuôi

2. Liệt kê các nguồn lực khác mà quý vị, vợ/chồng quý vị hoặc người nào đó quý vị đang nộp đơn xin mà sở hữu hoặc đang mua:

Loại nguồn lực	Ai sở hữu	Địa điểm	Giá trị	Ai sở hữu	Địa điểm	Giá trị
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Loại nguồn lực	Ai sở hữu	Địa điểm	Giá trị	Ai sở hữu	Địa điểm	Giá trị
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Loại nguồn lực	Ai sở hữu	Địa điểm	Giá trị	Ai sở hữu	Địa điểm	Giá trị
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Loại nguồn lực	Ai sở hữu	Địa điểm	Giá trị	Ai sở hữu	Địa điểm	Giá trị

3. Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó tôi đang nộp đơn xin mà có xe hơi, xe tải, xe tải chở hành khách, tàu thuyền, RVs, xe moóc hoặc xe có động cơ khác:

 Năm (ví dụ: 2010) Hãng sản xuất (ví dụ: Ford) Kiểu (ví dụ: Escort) Số tiền còn nợ

Đánh dấu vào nếu đã cho thuê Đánh dấu vào nếu đã sử dụng vì mục đích y tế

 Năm (ví dụ: 2010) Hãng sản xuất (ví dụ: Ford) Kiểu (ví dụ: Escort) Số tiền còn nợ

Đánh dấu vào nếu đã cho thuê Đánh dấu vào nếu đã sử dụng vì mục đích y tế

12

Các Nguồn Lực LTSS Bổ Sung (Hoàn tất chỉ khi quý vị đang nộp đơn xin hưởng các dịch vụ LTSS)

1. Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó tôi đang nộp đơn xin mà sở hữu hoặc đang mua nhà là một nơi ở chính:

 Địa chỉ nhà cửa Giá trị hiện tại (Theo chuyên viên thẩm định) Số tiền vay còn nợ tài sản

 Địa chỉ nhà cửa Giá trị hiện tại (Theo chuyên viên thẩm định) Số tiền vay còn nợ tài sản

2. Tôi, vợ/chồng tôi hoặc người nào đó tôi đang nộp xin mà đã bán, trao đổi mật dịch, cho tặng hoặc chuyển nhượng một nguồn lực trong năm năm qua (bao gồm tài sản, quỹ tín thác, xe cộ, tiền mặt hoặc tài sản được hưởng trọn đời)? Có Không
 Nếu có, hãy hoàn tất các mục sau đây: (kèm thêm giấy nếu cần)

Loại nguồn lực	Ngày chuyển nhượng	Giá trị nguồn lực được chuyển nhượng	Loại nguồn lực đã được chuyển nhượng cho ai
Loại nguồn lực	Ngày chuyển nhượng	Giá trị nguồn lực được chuyển nhượng	Loại nguồn lực đã được chuyển nhượng cho ai

13

Bảo Hiểm Chăm Sóc Dài Hạn (Không cần cho các Chương Trình Tiết Kiệm Medicare)

Tôi/chúng tôi có bảo hiểm chăm sóc dài hạn? Có Không Đây có là một hợp đồng Hợp Tác LTC (LTCP) đủ điều kiện không? Có Không

Nếu có, xin liệt kê (các) tên công ty bảo hiểm và ai được bao trả hợp đồng:

Công ty bảo hiểm	Số hợp đồng	Tên chủ hợp đồng	Người được bao trả	Giá trị tính bằng đô la (nếu LTCP)
Công ty bảo hiểm	Số hợp đồng	Tên chủ hợp đồng	Người được bao trả	Giá trị tính bằng đô la (nếu LTCP)

Để bao gồm thêm bất kỳ ý kiến nào về đơn xin này, hãy đính kèm một tờ giấy có thông tin.

14

Thông Tin Về Đại Diện Được Ủy Quyền

Một đại diện được ủy quyền là bất kỳ người lớn nào nhận biết hoàn cảnh của hộ gia đình và được hộ gia đình ủy quyền để đại diện cho hộ gia đình này vì mục đích hội đủ điều kiện.

Bằng cách đề cử một đại diện được ủy quyền, quý vị sẽ cho phép đại diện được ủy quyền của quý vị để:

- Ký tên vào đơn xin thay mặt cho quý vị;
- Nhận các thông báo có liên quan đến đơn xin và tài khoản của quý vị; và
- Đại diện cho quý vị về tất cả vấn đề liên quan đến đơn xin và tài khoản.

1. Quý vị có đang đề cử một đại diện được ủy quyền không? Có Không
2. Quý vị có muốn đại diện được ủy quyền của quý vị nhận các thông báo liên quan đến đơn xin và tài khoản của quý vị không? Có Không
3. Đại diện được ủy quyền này có trách nhiệm giám hộ hợp pháp không? Có Không

Nếu có, cho ai? _____

4. Đại diện được ủy quyền này có sự ủy nhiệm không? Có Không

Nếu có, cho ai? _____

Tên đại diện được ủy quyền / tổ chức

Số điện thoại

Địa chỉ email

Địa chỉ gửi thư của đại diện được ủy quyền

Hoàn Lại Tiền Cho Tiểu Bang về Bảo Hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe và Chăm Sóc Dài Hạn:

Theo luật pháp, Tiểu Bang Washington có thể thu hồi các chi phí mà khoản này được chi trả cho các loại dịch vụ y tế nhất định từ tài sản của quý vị thông qua Thu Hồi Di Sản (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 và Chương 182-527 WAC). Thu Hồi Di Sản không xảy ra cho đến sau khi quý vị qua đời, sự qua đời của vợ/chồng còn lại của quý vị và các con còn lại của quý vị đều từ 21 tuổi trở lên. Thu hồi di sản cũng không xảy ra nếu một con còn lại bị mù/khuyết tật vào thời điểm quý vị qua đời. Các chi phí có thể thu hồi lại được bao gồm:

Các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn Washington Apple Health nhất định, nếu quý vị từ 55 tuổi trở lên vào thời điểm quý vị đã nhận được các dịch vụ.

Các dịch vụ nhất định chỉ do tiểu bang tài trợ, bất kể tuổi tác của quý vị vào thời điểm quý vị đã nhận được các dịch vụ.

Quý vị có thể tìm thấy một danh sách các dịch vụ phải thu hồi chi phí theo WAC 182-527-2742. Quý vị có thể tìm thấy một danh sách tài sản bị loại khỏi việc thu hồi theo WAC 182-527-2746.

Tiểu Bang cũng có thể nộp đơn xin quyền nắm giữ bất động sản của quý vị trước khi qua đời, ở bất kỳ độ tuổi nào, nếu quý vị được đưa vào sống trong cơ sở từ thiện lâu dài (WAC 182-527-2734). Tiểu Bang có thể thu hồi từ việc bán nhà cửa hoặc bất động sản của quý vị, trừ khi:

- Vợ/chồng quý vị sống tại nhà này;
- Anh chị em ruột của quý vị sống tại nhà này, là một đồng chủ sở hữu, và đáp ứng các điều kiện nhất định.
- Con quý vị sống tại nhà này và bị mù/khuyết tật; hoặc
- Con quý vị sống tại nhà này và dưới 21 tuổi.

Quý vị có thể tìm thấy một danh sách các dịch vụ phải thu hồi chi phí theo quyền nắm giữ thế chấp trước khi qua đời trong WAC 182-527-2734.

Chỉ Định Các Quyền và Sự Hợp Tác:

Quý vị hiểu rằng quý vị chuyển các khoản chi trả chăm sóc y tế của bên thứ ba cho Tiểu Bang Washington khi quý vị nhận được bảo hiểm Washington Apple Health. Điều này có nghĩa là Tiểu Bang Washington sẽ gửi hóa đơn tính tiền cho bất kỳ chương trình bảo hiểm nào khác có nghĩa vụ pháp lý phải bao trả bất kỳ các chi phí y tế nào của quý vị (đây có thể là chương trình bảo hiểm của vợ/chồng cũ hoặc một phụ huynh mà quý vị không còn sống chung nữa). Người đăng ký chương trình bảo hiểm đó có thể nhận được thông tin về các chi phí y tế của quý vị do chương trình đó chi trả. Nếu quý vị e rằng việc này có thể gây nguy hiểm cho quý vị hoặc các con quý vị, quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không truy thu các khoản chi trả chăm sóc y tế của bên thứ ba.

Tiết Lộ Lãi Niên Kim:

Nếu quý vị hoặc vợ/chồng quý vị có lãi niên kim và quý vị chấp nhận các phúc lợi Chăm Sóc Dài Hạn (Medicaid) Washington Apple Health, quý vị phải nêu rõ Tiểu Bang Washington là một người thụ hưởng còn lại của lãi niên kim.

Các Quyền Điều Trần Hành Chánh:

Nếu quý vị không đồng ý với một quyết định chúng tôi đã đưa ra liên quan đến bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hoặc các dịch vụ chăm sóc dài hạn của quý vị, quý vị có quyền kháng cáo quyết định này thông qua quy trình điều trần hành chánh. Quý vị cũng có thể yêu cầu một giám sát viên hoặc quản lý viên tái xét quyết định hoặc hành động tranh chấp mà không ảnh hưởng đến các quyền của quý vị về một phiên điều trần hành chánh.

Tôi hiểu thông tin mà tôi cung cấp để nộp đơn xin hưởng hoặc đổi mới trợ cấp sẽ phải được các viên chức liên bang và tiểu bang xác minh để quyết định xem thông tin này có đúng hay không. Tôi cho phép Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe (HCA) và Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS) Tiểu Bang Washington tiến hành xác minh tài sản để quyết định việc hội đủ điều kiện của tôi và xác minh tính chính xác về thông tin tài chánh của tôi. Tôi hiểu HCA và DSHS có thể điều tra và liên hệ với bất kỳ tổ chức tài chánh nào là một phần của quy trình xác minh tài sản. Tôi hiểu sự cho phép này chấm dứt khi quyết định bất lợi cuối cùng được đưa ra về đơn xin của tôi, việc hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi của tôi sẽ chấm dứt, hoặc nếu tôi hủy bỏ sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi cho HCA hoặc DSHS văn bản thông báo. Nếu tôi hủy bỏ hoặc từ chối cung cấp sự cho phép, tôi hiểu rằng tôi sẽ không hội đủ điều kiện hưởng bất kỳ chương trình Medicaid nào (Liên quan đến SSI) dành cho Người Cao Tuổi, Người Mù hoặc Người Khuyết Tật Của Washington Apple Health.

Việc hủy bỏ hoặc từ chối để cho phép xác minh tài sản không ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện hưởng chương trình Các Hỗ Trợ Phù Hợp cho Người Cao Tuổi (TSOA)

Bộ cung cấp các dịch vụ đăng ký cử tri, bao gồm đăng ký cử tri tự động.

Nộp đơn xin đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các dịch vụ hoặc số tiền phúc lợi mà quý vị có thể nhận được từ cơ quan này. Nếu quý vị muốn trợ giúp điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quyết định xem việc có tìm kiếm hoặc chấp nhận trợ giúp hay không là của quý vị. Quý vị có thể điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri riêng biệt. Nếu quý vị cho rằng người nào đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định xem có đăng ký hay nộp đơn đăng ký bỏ phiếu không, hoặc quyền chọn đảng chính trị của riêng quý vị hay sở thích chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, email elections@sos.wa.gov, hoặc gọi số 1-800-448-4881.

Quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu hoặc cập nhật việc đăng ký cử tri của quý vị không? Có Không

Nếu quý vị không đánh dấu vào một trong hai ô, chúng tôi sẽ xem quý vị đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu vào thời điểm này, trừ khi quý vị hội đủ điều kiện, và không từ chối, để đăng ký cử tri tự động.

Trừ khi quý vị đã đánh dấu vào ô "Không" trên đây, quý vị có thể hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động. Quý vị hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động nếu quý vị được ít nhất 18 tuổi trước kỳ bầu cử kế tiếp, quý vị là một công dân Hoa Kỳ, và DSHS có tên, địa chỉ cư trú và gửi thư, ngày sinh, giấy xác minh thông tin quốc tịch và chữ ký của quý vị sẽ chứng thực sự thật về thông tin được cung cấp trong đơn xin này.

Quý vị có muốn được đăng ký bỏ phiếu tự động không? Có Không

Nếu quý vị đã đánh dấu vào ô "Có" hoặc không đánh dấu một trong hai ô và quý vị đáp ứng các yêu cầu hội đủ điều kiện đăng ký cử tri tự động, DSHS sẽ gửi thông tin của quý vị đến Văn Phòng Tổng Trưởng Tiểu Bang và quý vị sẽ được đăng ký bỏ phiếu tự động.

Để chia sẻ nhận xét hoặc đưa vào thêm thông tin, hãy đính kèm thêm giấy.

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trong đơn xin này. Tôi cam đoan, dưới hình phạt khai man trước tòa theo luật lệ của Tiểu Bang Washington, rằng thông tin tôi đã khai báo trong mẫu đơn này, bao gồm thông tin liên quan đến tình trạng quốc tịch và nhập cư của các thành viên đang nộp đơn xin hưởng các phúc lợi, là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ với sự hiểu biết nhất của tôi.

Chữ ký của thân chủ

Số điện thoại

Ngày

Chữ ký của vợ/chồng

Số điện thoại

Ngày

Chữ ký của thân chủ là phụ huynh trẻ nhỏ

Số điện thoại

Ngày

Chữ ký của đại diện được ủy quyền hoặc nhân viên trợ giúp

Số điện thoại

Ngày