

Đơn Đăng Ký Bảo Hiểm Y Tế TM



Điểm đến của quý vị cho bảo hiểm y tế
hợp túi tiền, bao gồm cả Medi-Cal



Xem Nội Dung

Những điều cần biết	1
Đơn đăng ký	2–19
Tài liệu đính kèm A–F	20–28
Các Câu Hỏi Thường Gặp (FAQ)	29–33

Covered California là nơi các cá nhân và gia đình có thể nhận bảo hiểm y tế hợp túi tiền. Chỉ với một đơn đăng ký, quý vị sẽ tìm hiểu được liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp, trong đó có Medi-Cal hay không.

Tiểu bang California đã tạo ra Covered California™ để giúp quý vị và gia đình quý vị nhận bảo hiểm y tế.

Có bảo hiểm y tế có thể mang đến cho quý vị sự an tâm và giúp quý vị có thể luôn khỏe mạnh. Có bảo hiểm, quý vị sẽ thấy quý vị và gia đình mình có thể nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi cần thiết.

Sử dụng đơn đăng ký này để xem quý vị đủ tiêu chuẩn cho các lựa chọn bảo hiểm nào:

- Bảo hiểm miễn phí hoặc chi phí thấp từ Medi-Cal
 - Bảo hiểm chi phí thấp dành cho phụ nữ mang thai thông qua chương trình Access for Infants and Mothers (AIM)
 - Các chương trình bảo hiểm y tế tư nhân hợp túi tiền
 - Trợ giúp thanh toán bảo hiểm y tế của quý vị
- ➔ Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn cho chương trình bảo hiểm miễn phí hoặc chi phí thấp ngay cả khi quý vị có thu nhập lên đến \$94.000 một năm cho gia đình gồm 4 người.
- ➔ Quý vị có thể sử dụng đơn đăng ký này để nộp đơn cho bất kỳ ai trong gia đình quý vị, ngay cả khi hiện giờ họ đã có bảo hiểm.

Nộp đơn đăng ký nhanh hơn qua Covered California tại CoveredCA.com

Hoặc gọi theo số: 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500)

Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.

Bạn có thể nhận được đơn đăng ký này bằng các ngôn ngữ khác

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ភាសាខ្មែរ	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

Gọi theo số 1-800-652-9528 để nhận đơn đăng ký này dưới các định dạng khác, như bản in cỡ lớn.



Những điều cần biết

Những điều quý vị cần biết khi đăng ký

- Số An Sinh Xã Hội cho người nộp đơn là công dân Hoa Kỳ hoặc thông tin tài liệu cho người nhập cư có đủ tư cách cần bảo hiểm. Chỉ yêu cầu bằng chứng về quyền công dân hoặc tình trạng nhập cư đối với người nộp đơn.
- Thông tin về chủ sử dụng lao động và thu nhập cho mọi thành viên trong gia đình quý vị.
- Thông tin thuế liên bang của quý vị. Ví dụ như, người nộp thuế là chủ hộ gia đình và những người phụ thuộc được khai trên thuế của quý vị.
- Thông tin về bảo hiểm y tế quý vị hoặc bất kỳ thành viên gia đình nào nhận được thông qua việc làm.
- ➔ Chúng tôi yêu cầu thông tin về thu nhập và các thông tin khác để chắc chắn quý vị và gia đình quý vị nhận được nhiều phúc lợi nhất có thể.
- ➔ **Theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi giữ kín và bảo mật thông tin của quý vị.** Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng thông tin của quý vị để xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.
- ➔ Các gia đình có người nhập cư có thể nộp đơn đăng ký. Quý vị có thể đăng ký cho con mình ngay cả khi quý vị không đủ điều kiện nhận khoản bao trả. Việc đăng ký cho trẻ đủ điều kiện của quý vị không ảnh hưởng đến tình trạng nhập cư hoặc cơ hội trở thành thường trú dân hoặc công dân của quý vị.
- ➔ Nếu quý vị không nộp thuế, quý vị vẫn có thể đủ điều kiện tiêu chuẩn nhận bảo hiểm miễn phí hoặc chi phí thấp thông qua Medi-Cal.
- ➔ Nếu quý vị là người Bản Địa Alaska hoặc người Mỹ Da Đỏ được liên bang công nhận mà đang nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, các chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho bộ tộc hoặc các chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị, quý vị vẫn có thể đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế thông qua Covered California.

Nộp đơn đăng ký nhanh hơn qua trực tuyến

Nộp đơn đăng ký trực tuyến tại **CoveredCA.com**. Nộp đơn đăng ký trực tuyến an toàn, đảm bảo và nhanh chóng – và quý vị sẽ nhận được kết quả nhanh hơn!

Sau khi hoàn tất

Gửi đơn đăng ký đã hoàn tất và có chữ ký của quý vị tới:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- ➔ **Nếu quý vị không có tất cả thông tin chúng tôi yêu cầu, hãy vẫn ký và gửi đơn đăng ký của quý vị đi.** Chúng tôi có thể gọi cho quý vị để giúp quý vị hoàn thành đơn đăng ký của mình.
- ➔ **Không gửi khoản thanh toán ghi danh chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cùng với đơn đăng ký này.** Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn với số tiền quý vị nợ.

Nhận trợ giúp khi điền đơn đăng ký này

Chúng tôi sẵn sàng trợ giúp quý vị! Quý vị có thể nhận trợ giúp miễn phí.

- **Trực tuyến: CoveredCA.com**
- **Điện thoại:** Hãy gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
- **Gặp trực tiếp:** Chúng tôi đã đào tạo các Cố Vấn Ghi Danh Đã Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Đã Được Chứng Nhận để có thể giúp quý vị. Để có danh sách các Cố Vấn Ghi Danh Đã Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận gần nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc, hoặc danh sách văn phòng dịch vụ xã hội của hạt gần đó, hãy ghé thăm **CoveredCA.com** hoặc gọi điện đến số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Trợ giúp miễn phí!
- Nếu quý vị bị khuyết tật hoặc có nhu cầu khác, chúng tôi có thể hỗ trợ miễn phí cho quý vị trong việc điền đơn đăng ký này. Quý vị có thể trực tiếp đến văn phòng dịch vụ xã hội hạt tại địa phương quý vị hoặc gọi cho Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).



Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

Bắt đầu nộp đơn đăng ký tại đây (chỉ sử dụng mực xanh hoặc mực đen)

Bước 1:

Cho chúng tôi biết về người lớn mà sẽ là người liên hệ chính của chúng tôi cho đơn đăng ký này

Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV) _____

Địa chỉ nhà _____ Số căn hộ _____

Thành phố (Địa chỉ nhà) _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____ Hạt _____

Đánh dấu vào đây nếu quý vị không có địa chỉ nhà. Quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới.

Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ gửi thư qua bưu điện của quý vị giống với địa chỉ nhà.

Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới:

Địa chỉ gửi thư qua bưu điện hoặc P.O. Box (nếu khác địa chỉ nhà) _____ Số căn hộ _____

Thành phố (địa chỉ gửi thư qua bưu điện) _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____ Hạt _____

Số điện thoại để liên hệ với quý vị thuận tiện nhất

Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () -

Số điện thoại khác

Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () -

Chúng tôi nên viết thư cho quý vị bằng ngôn ngữ nào?

Quý vị muốn chúng tôi nói chuyện với quý vị bằng ngôn ngữ nào?

Quý vị muốn nhận thông tin về đơn đăng ký này bằng cách nào?

Điện thoại Thư qua bưu điện Email Địa chỉ Email: _____

Quý vị có đang đăng ký cho trẻ dưới 1 tuổi hay không?

Trẻ sơ sinh dưới 1 tuổi đủ điều kiện nhận Medi-Cal nếu mẹ của trẻ tham gia Medi-Cal hoặc AIM vào thời điểm sinh con.

Quý vị không cần điền vào đơn đăng ký để nhận Medi-Cal cho trẻ sơ sinh có mẹ tham gia Medi-Cal hoặc AIM vào thời điểm sinh con. Hãy gọi cho văn phòng dịch vụ xã hội của hạt quý vị khi con quý vị chào đời để đảm bảo con quý vị được bao trả.

Hoặc điền thông tin vào bên dưới.

Tùy chọn: Nếu cung cấp thông tin sau đây, trẻ sơ sinh có thể tự động đủ điều kiện nhận Medi-Cal.

Quý vị không phải điền vào Bước 2 của đơn đăng ký này cho trẻ sơ sinh.

Quý vị có đang đăng ký cho trẻ dưới 1 tuổi hay không? Có Không

Nếu có, mẹ của trẻ có Medi-Cal hoặc AIM khi trẻ chào đời hay không? Có Không

Nếu có, mẹ của trẻ có được liệt kê trên đơn đăng ký này hay không? Có Không

Nếu có, người mẹ là Người số _____ trên đơn đăng ký này

Nếu không, họ và tên của người mẹ là gì? _____

Vui lòng cung cấp số Medi-Cal, số AIM hoặc số An Sinh Xã Hội (SSN) của người mẹ. _____

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí.
Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



Bước 2:

Cho chúng tôi biết về quý vị và gia đình quý vị

Thu nhập và quy mô gia đình của quý vị giúp chúng tôi quyết định quý vị đủ tiêu chuẩn cho những chương trình nào. Với thông tin này, chúng tôi có thể chắc chắn mọi người đều nhận được khoản bao trả tốt nhất có thể.

Quý vị phải liệt kê những người sau đây trong đơn đăng ký này:

- Vợ/chồng quý vị
 - Con cái sống cùng quý vị
 - Tất cả cha mẹ sống trong gia đình cùng con cái họ
 - Bất kỳ ai trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, nếu quý vị đã nộp tờ khai này. Quý vị không nhất thiết phải nộp thuế thì mới được nộp đơn xin bảo hiểm y tế.
- ★ Nếu quý vị được khai là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của người khác, quý vị phải nêu tất cả các thành viên của hộ gia đình nộp thuế đã khai quý vị và bất kỳ thành viên gia đình nào sống cùng quý vị.
- ★ Bất kỳ người nào khác sống cùng quý vị – ví dụ như bạn trai, bạn gái hoặc bạn cùng phòng – sẽ cần phải nộp đơn đăng ký của riêng người đó nếu họ muốn có bảo hiểm y tế.

Hoàn thành Bước 2 cho từng thành viên gia đình quý vị. Bắt đầu từ chính quý vị!

- Để đăng ký cho hơn bốn người trên đơn đăng ký này, tạo một bản sao các trang 6-8 cho mỗi người bổ sung.
- Theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi sẽ giữ kín tất cả thông tin của quý vị. Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng thông tin cá nhân để xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không. Quý vị không cần cung cấp tình trạng nhập cư hoặc số An Sinh Xã Hội (SSN) cho những người trong gia đình quý vị mà không nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế.

Người số 1 Cho chúng tôi biết về bản thân quý vị.

Tên	Tên đệm	Họ	Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV)	Mối quan hệ với quý vị
				Bản thân
Quý vị là: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		Quý vị là: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Chưa từng kết hôn <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Đã li dị <input type="checkbox"/> Đối tác sống chung có đăng ký <input type="checkbox"/> Góa bụa		
Ngày sinh (tháng / ngày / năm)		Quý vị có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , dự kiến có bao nhiêu bé? _____ Ngày dự sinh là ngày nào? _____		

Nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế Ngay cả khi bây giờ quý vị có bảo hiểm, quý vị có thể tìm khoản bao trả tốt hơn hoặc chi phí thấp hơn.

▶ Có phải quý vị đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế cho chính quý vị không?

- Có **Nếu có**, trả lời các câu hỏi dưới đây và hoàn thành các trang 4 và 5.
- Không Nếu quý vị **không** đang nộp đơn đăng ký cho chính quý vị nhưng quý vị đăng ký cho người phụ thuộc, hãy nhớ điền vào trang 5.
- Không Nếu quý vị **không** đang nộp đơn đăng ký cho chính quý vị hoặc cho người phụ thuộc, chuyển đến trang 6.

★ Số An Sinh Xã Hội (SSN)

____ - ____ - ____

Nếu quý vị không có số SSN, lý do là gì?

- Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế để Nhận Con Nuôi (ATIN) _____
- Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) _____
- Miễn trừ vì lý do tôn giáo Tôi không đủ tiêu chuẩn có SSN

- ★ Quý vị phải cung cấp số An Sinh Xã Hội (SSN) nếu quý vị muốn nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế. Chúng tôi sử dụng các số An Sinh Xã Hội (SSN) để kiểm tra thông tin về thu nhập và thông tin khác. Ngay cả khi quý vị không phải đang nộp đơn đăng ký, việc cung cấp SSN của quý vị sẽ giúp chúng tôi xem xét đơn đăng ký của quý vị nhanh hơn. Hãy nhớ cung cấp SSN của quý vị nếu quý vị không phải đang nộp đơn đăng ký cho chính quý vị nhưng quý vị nộp thuế và đang nộp đơn đăng ký cho một người trong hộ gia đình kê khai thuế của quý vị.

Nếu một người đang nộp đơn đăng ký không có SSN và muốn trợ giúp để có SNN, gọi theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500) hoặc truy cập vào **CoveredCA.com**.

Người số 1 xem tiếp trang sau 



Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

Bước 2:

Người số 1 (tiếp)

Thông tin về thuế thu nhập liên bang Nếu quý vị không nộp thuế, quý vị vẫn có thể đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm miễn phí hoặc chi phí thấp thông qua Medi-Cal. Chúng tôi sẽ giữ kín thông tin của quý vị. Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng thông tin của quý vị để quyết định liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.

Quý vị có phải người nộp thuế chính không (tên quý vị được viết đầu tiên trên tờ khai thuế)? Có Không
Chỉ có một người trên đơn đăng ký này có thể trở thành người nộp thuế chính.

Quý vị có định nộp thuế cho năm **phúc lợi** không?

Có Không

Nếu có, quý vị sẽ nộp thuế theo hình thức nào?

Chủ hộ gia đình

Độc thân

Kết hôn khai thuế chung Kết hôn khai thuế riêng

Có bất kỳ ai khai quý vị là người phụ thuộc về thuế của họ không? Có Không
Nếu có, đó là người nào?

Người số _____ trên đơn đăng ký này

Người này là cha/mẹ không có quyền giám hộ

Người này là cha/mẹ không có quyền giám hộ không được liệt kê trong đơn đăng ký này

Quý vị có bảo hiểm y tế khác hoặc quý vị được cung cấp bảo hiểm thông qua việc làm không? Có Không

Nếu có, hãy điền vào Tài Liệu Đính Kèm B ở trang 22 và 23.

Quý vị có khuyết tật về thể chất, tâm thần, tình cảm hay phát triển không? Có Không
Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 27 để biết thêm thông tin về việc mắc tình trạng khuyết tật nghĩa là gì.

Quý vị có cần trợ giúp về dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc các dịch vụ tại gia và tại cộng đồng không? Có Không

Quý vị có phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không? Có Không

Nếu quý vị **không** phải công dân Hoa Kỳ hoặc kiều bào Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi này:

Quý vị có tình trạng nhập cư có đủ tư cách không? Có **Để xem quý vị có tình trạng có đủ tư cách hay không, chuyển đến Tài Liệu Đính Kèm E trang 27 để xem danh sách. Sau đó viết thông tin tài liệu ở đây. Trong hầu hết các trường hợp, số ID tài liệu của quý vị sẽ là Số Đăng Ký Người Nước Ngoài của quý vị.**

Loại tài liệu: _____ Số ID: _____ Quốc gia cấp: _____

Ngày hết hạn: _____ Tên như xuất hiện trong tài liệu: _____

Quý vị có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? Có Không

Quý vị, vợ/chồng quý vị hoặc con cái phụ thuộc chưa kết hôn có phải là cựu chiến binh giải ngũ trong danh dự hoặc đang thực hiện nghĩa vụ quân sự trong lực lượng vũ trang Hoa Kỳ hay không? Có Không

Quý vị có nhận phúc lợi Medicare không? Có Không

Quý vị có chi phí y tế nào trong 3 tháng gần đây cần trợ giúp thanh toán hay không? Có Không

Quý vị có sống với bất kỳ con cái nào dưới 19 tuổi hay không? Có Không

Nếu có, quý vị có chăm sóc (các) con hay không? Có Không

Quý vị có trong độ tuổi từ 18 đến 20 tuổi và là sinh viên chính quy hay không? Có Không

Có phải quý vị 18 đến 26 tuổi không? Có Không

Nếu có, quý vị có nhận chăm sóc nuôi dưỡng ở bất kỳ tiểu bang nào vào lần sinh nhật thứ 18 hay không? Có Không

Có phải quý vị trong độ tuổi từ 18 tuổi trở xuống không? Có Không Có bao nhiêu cha mẹ sống cùng quý vị? _____

Quý vị có tạm thời sống ngoài tiểu bang hay không? Có Không

Nếu quý vị muốn chọn một chương trình bảo hiểm y tế ngay bây giờ, hãy đánh dấu vào đây và điền vào Tài Liệu Đính Kèm D ở trang 25.

Cho chúng tôi biết về chủng tộc của quý vị Thông tin này được bảo mật và sẽ chỉ được sử dụng nhằm đảm bảo rằng mọi người được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau. Thông tin này sẽ không được dùng để quyết định xem quý vị đủ điều kiện đối với loại bảo hiểm y tế nào.

Chủng tộc của quý vị là gì? (tùy chọn; đánh dấu tất cả các ô đúng)

Người Da Trắng

Người Ấn Độ

Người Nhật Bản

Người Bản Thổ

Người Da Đen

Người Campuchia

Người Hàn Quốc

Đảo Guam hoặc

hoặc Người Mỹ
Gốc Phi

Người Trung Quốc

Người Lào

Người Chamorro

Người Mỹ Da Đỏ

Người Phi-líp-pin

Người Việt Nam

Người Samoa

hoặc Người Bản
Địa Alaska

Hmoob

Người Hawaii

Khác

Bản Địa

Quý vị có phải người gốc Tây/Bồ, Latinh hay Tây Ban Nha không? (tùy chọn) Có Không

Nếu có, hãy đánh dấu ở:

Người Mê-hi-cô, Người Mỹ gốc Mê-hi-cô, Người Bắc Mỹ gốc Mê-hi-cô

Người Salvador Người Guatemala

Người Cu-ba Người Puerto Ricô

Người Hispanic, Mỹ Latinh hoặc Tây Ban Nha khác: _____

★ Đánh dấu vào đây nếu quý vị là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska, và điền Tài Liệu Đính Kèm A ở các trang 20 và 21.

Người số 1 xem tiếp trang sau



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí.
Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
Hoặc ghé thăm CoveredCA.com.



BƯỚC 2:

Người số 1 (tiếp)

Cho chúng tôi biết về công việc hiện tại của quý vị và hình thức quý vị nhận lương *Đính kèm thêm trang nếu quý vị cần thêm chỗ trống.*

Hiện tại quý vị có đi làm không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

► **Hiện quý vị đang làm việc ở đâu?** *Nếu quý vị có nhiều công việc, đính kèm thêm tờ giấy khác.*

CÔNG VIỆC 1:

Quý vị nhận lương theo hình thức nào?

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

Tên người sử dụng lao động (tùy chọn)

Tiền lương của quý vị là bao nhiêu (trước thuế)? \$ _____

CÔNG VIỆC 2:

Quý vị nhận lương theo hình thức nào?

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

Tên người sử dụng lao động (tùy chọn)

Tiền lương của quý vị là bao nhiêu (trước thuế)? \$ _____

► **Quý vị có tự làm chủ hay không?**

CÔNG VIỆC 1: Quý vị có tự làm chủ hay không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

Loại công việc

Quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng từ việc tự kinh doanh vào tháng này? \$ _____
Thu nhập ròng là lợi nhuận còn lại sau khi đã trả các chi phí. Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 liệt kê các khoản có thể được tính.

CÔNG VIỆC 2: Quý vị có tự làm chủ hay không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

Loại công việc

Quý vị sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng từ việc tự kinh doanh vào tháng này? \$ _____
Thu nhập ròng là lợi nhuận còn lại sau khi đã trả các chi phí. Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 liệt kê các khoản có thể được tính.

► **Quý vị có khoản thu nhập khác không?** *Thu nhập khác là tiền quý vị kiếm được từ nguồn khác không phải là công việc của quý vị. Không bao gồm các khoản thanh toán trợ cấp nuôi con, thanh toán dành cho cựu chiến binh hay Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI). Hãy chuyển tới Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 để xem các ví dụ về thu nhập khác.*

Quý vị có khoản thu nhập khác không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần thay đổi thu nhập ở trang này.

Thu nhập này có từ đâu?

Mức độ thường xuyên quý vị nhận lương? (chọn một phương án)

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

Bao nhiêu?

\$

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

\$

► **Quý vị có sự thay đổi thu nhập theo tháng hay không?** *Nếu có, hãy trả lời hai câu hỏi dưới đây.*

Quý vị kỳ vọng tổng thu nhập năm nay của quý vị là bao nhiêu? (tùy chọn) \$ _____

Nếu quý vị kỳ vọng thu nhập của quý vị sẽ thay đổi vào năm tới, tổng thu nhập mới sẽ là bao nhiêu? (tùy chọn) \$ _____

► **Quý vị có khoản khấu trừ không?** *Nếu quý vị thanh toán một số thứ mà có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, việc cho chúng tôi biết có thể giúp giảm chi phí bảo hiểm y tế. Không bao gồm các chi phí tự kinh doanh. Tài liệu đính kèm E ở trang 27 liệt kê các loại khấu trừ khác.*

Quý vị có khoản khấu trừ không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây. Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến trang tiếp theo.

Loại khấu trừ

Mức độ thường xuyên quý vị nhận hoặc thanh toán khoản khấu trừ này? (chọn một phương án)

Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ
 Lãi suất cho vay sinh viên
 Khác

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

Bao nhiêu?

\$

Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ
 Lãi suất cho vay sinh viên
 Khác

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

\$



Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?

Gọi cho Covered California theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm CoveredCA.com.

BƯỚC 2:

Người số 2 Cho chúng tôi biết về **người tiếp theo** sống trong gia đình quý vị.
Nếu quý vị có hơn bốn người trên đơn đăng ký này, hãy tạo bản sao của các trang 6 – 8 cho từng người bổ sung.

Tên	Tên đệm	Họ	Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV)	Mối quan hệ với quý vị
-----	---------	----	-----------------------------------	------------------------

- Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ nhà của người này giống với địa chỉ nhà của người liên hệ chính.
Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ nhà của người này vào bên dưới:

Địa chỉ nhà	Số căn hộ
-------------	-----------

Thành phố (Địa chỉ nhà)	Tiểu bang	Mã ZIP	Hạt
-------------------------	-----------	--------	-----

- Đánh dấu vào đây nếu người này không có địa chỉ nhà. Quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới.

- Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này giống với địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người liên hệ chính.
Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này vào bên dưới:

Địa chỉ gửi thư qua bưu điện hoặc P.O. Box (nếu khác với địa chỉ nhà)	Số căn hộ
---	-----------

Thành phố (Địa chỉ gửi thư qua bưu điện)	Tiểu bang	Mã ZIP	Hạt
--	-----------	--------	-----

Số điện thoại để liên hệ với người này thuận tiện nhất <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Nhà <input type="checkbox"/> Số Di Động <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Cơ Quan: () -	Số điện thoại khác <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Nhà <input type="checkbox"/> Số Di Động <input type="checkbox"/> Số Điện Thoại Cơ Quan: () -
---	---

Địa chỉ Email:

Chúng tôi nên viết thư cho người này bằng ngôn ngữ nào?	Người này muốn chúng tôi nói chuyện với mình bằng ngôn ngữ nào?
---	---

Người này là: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Người này là: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Chưa từng kết hôn <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Đã li di <input type="checkbox"/> Đối tác sống chung có đăng ký <input type="checkbox"/> Góa bụa
--	---

Ngày sinh (tháng / ngày / năm)	Người này đang mang thai? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , dự kiến có bao nhiêu bé? ____ Ngày dự sinh là ngày nào? _____
--------------------------------	---

Nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế Ngay cả khi bây giờ người này có bảo hiểm, quý vị có thể tìm khoản bao trả tốt hơn hoặc chi phí thấp hơn.

- Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, thông tin về SSN là tùy chọn.

★ Số An Sinh Xã Hội (SSN)

____ - ____ - ____

Nếu người này không có SSN, lí do là gì?

- Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế để Nhận Con Nuôi (ATIN) _____
 Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) _____
 Miễn trừ vì lý do tôn giáo Không đủ tiêu chuẩn có SSN

Thông tin thuế thu nhập liên bang Nếu người này không nộp thuế, người này có thể vẫn đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm miễn phí hoặc chi phí thấp thông qua Medi-Cal. Chúng tôi sẽ giữ kín thông tin và chỉ sử dụng thông tin để quyết định xem người này có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.

Người này có phải người nộp thuế chính hay không (tên của người này được viết đầu tiên trên tờ khai thuế)? Có Không

Chỉ có một người trên đơn đăng ký này có thể trở thành người nộp thuế chính.

Người này sẽ nộp thuế cho năm phúc lợi hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , người đó sẽ nộp theo hình thức nào? <input type="checkbox"/> Chủ hộ gia đình <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Người phụ thuộc <input type="checkbox"/> Kết hôn khai thuế chung <input type="checkbox"/> Kết hôn khai thuế riêng	Có bất kỳ ai khai người này là người phụ thuộc về thuế của họ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , đó là người nào? <input type="checkbox"/> Người số _____ trên đơn đăng ký này <input type="checkbox"/> Người này là cha/mẹ không có quyền giám hộ <input type="checkbox"/> Người này là cha/mẹ không có quyền giám hộ không được liệt kê trong đơn đăng ký này
---	--

Người số 2 xem tiếp trang sau 

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí.
Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



BƯỚC 2:

Người số 2 (tiếp)

Người này có bảo hiểm y tế khác hay không hoặc người này có được cung cấp bảo hiểm thông qua việc làm hay không?

Có Không

Nếu có, hãy điền vào Tài Liệu Đính Kèm B ở trang 22 và 23.

Người này có khuyết tật về thể chất, tâm thần, tình cảm hay phát triển không?

Có Không *Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 27 để biết thêm thông tin về việc mắc tình trạng khuyết tật nghĩa là gì.*

Người này có cần trợ giúp về dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc các dịch vụ tại gia và tại cộng đồng không? Có Không

Người này có phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không? Có Không

Nếu người này **không phải** công dân hoặc kiều bào Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi này:

Người này có tình trạng nhập cư đủ tư cách hay không? Có **Để biết xem người này có tình trạng đủ tư cách hay không, chuyển đến Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 để xem danh sách. Sau đó viết thông tin tài liệu ở đây. Trong hầu hết các trường hợp, số ID tài liệu sẽ là Số Đăng Ký Người Nước Ngoài.**

Loại tài liệu: _____ Số ID: _____

Quốc gia cấp: _____ Ngày hết hạn: _____

Tên như xuất hiện trong tài liệu: _____

Người này có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? Có Không

Người này, vợ/chồng của người này hoặc con cái phụ thuộc chưa kết hôn có phải là cựu chiến binh giải ngũ trong danh dự hoặc đang thực hiện nghĩa vụ quân sự trong lực lượng vũ trang Hoa Kỳ hay không? Có Không

Người này có nhận phúc lợi Medicare không?

Có Không

Người này có chi phí y tế nào trong 3 tháng gần đây cần trợ giúp thanh toán hay không?

Có Không

Người này sống với có sống với bất kỳ con cái nào dưới 19 tuổi hay không? Có Không

Nếu có, người này có chăm sóc (các) con hay không? Có Không

Người này có thuộc nhóm 18 đến 20 tuổi và là sinh viên chính quy hay không? Có Không

Người này có thuộc nhóm 18 đến 26 tuổi không? Có Không

Nếu có, người này có nhận chăm sóc nuôi dưỡng tại bất kỳ tiểu bang nào vào lần sinh nhật thứ 18 của người đó hay không? Có Không

Có phải người này trong độ tuổi từ 18 tuổi trở xuống không? Có Không Có bao nhiêu cha mẹ sống cùng người này? _____

Người này có tạm thời sống ngoài tiểu bang hay không? Có Không

Cho chúng tôi biết về chủng tộc của người này Thông tin này được bảo mật và sẽ chỉ được sử dụng nhằm đảm bảo rằng mọi người được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau. Thông tin này sẽ không được dùng để quyết định xem quý vị đủ điều kiện đối với loại bảo hiểm y tế nào.

Chủng tộc của người này là gì? (tùy chọn; đánh dấu tất cả các ô đúng)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Người Da Trắng | <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ | <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản | <input type="checkbox"/> Người Bản Thổ Đảo Guam hoặc Người Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Campuchia | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Lào | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| | <input type="checkbox"/> Người Phi-líp-pin | <input type="checkbox"/> Người Việt Nam | |
| | <input type="checkbox"/> Hmoob | <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa | |

Quý vị có phải người gốc Tây/Bồ, Latinh hay Tây Ban Nha không? (tùy chọn) Có Không

Nếu có, hãy đánh dấu ở:

- Người Mê-hi-cô, Người Mỹ gốc Mê-hi-cô, Người Bắc Mỹ gốc Mê-hi-cô
- Người Salvador Người Guatemala
- Người Cu-ba Người Puerto Ricô
- Người Hispanic, Mỹ Latinh hoặc Tây Ban Nha khác: _____

★ Đánh dấu vào đây nếu quý vị là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska, và điền Tài Liệu Đính Kèm A ở các trang 20 và 21.

Người số 2 xem tiếp trang sau 



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

BƯỚC 2:

Người số 2 (tiếp)

Cho chúng tôi biết về công việc hiện tại của người này và hình thức người đó nhận lương *Đính kèm thêm trang nếu quý vị cần thêm chỗ trống.*

Hiện tại người này có đi làm không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

► **Người này hiện làm ở đâu?** *Nếu người đó có nhiều việc làm, đính kèm thêm tờ giấy khác.*

CÔNG VIỆC 1:

Người này nhận lương theo hình thức nào?

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

Tên người sử dụng lao động (*tùy chọn*)

Tiền lương của người này là bao nhiêu (trước thuế)? \$

CÔNG VIỆC 2:

Người này nhận lương theo hình thức nào?

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

Tên người sử dụng lao động (*tùy chọn*)

Tiền lương của người này là bao nhiêu (trước thuế)? \$

► **Người này có tự làm chủ hay không?**

CÔNG VIỆC 1: Người này có tự làm chủ hay không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

Loại công việc

Người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng từ việc tự kinh doanh vào tháng này? \$ _____
Thu nhập ròng là lợi nhuận còn lại sau khi đã trả các chi phí. Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 liệt kê các khoản có thể được tính.

CÔNG VIỆC 2: Người này có tự làm chủ hay không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

Loại công việc

Người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng từ việc tự kinh doanh vào tháng này? \$ _____
Thu nhập ròng là lợi nhuận còn lại sau khi đã trả các chi phí. Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 liệt kê các khoản có thể được tính.

► **Người này có khoản thu nhập khác không?** *Thu nhập khác là tiền quý vị kiếm được từ nguồn khác không phải là công việc của quý vị. Hãy chuyển tới Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 để xem các ví dụ về thu nhập khác. Không bao gồm các khoản thanh toán trợ cấp nuôi con, thanh toán dành cho cựu chiến binh hay Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI).*

Người này có khoản thu nhập khác không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần thay đổi thu nhập ở trang này.

Thu nhập này có từ đâu?

Mức độ thường xuyên người này nhận lương? (*chọn một phương án*)

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

Bao nhiêu?

\$

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

\$

► **Người này sự thay đổi thu nhập theo tháng hay không?** *Nếu có, hãy trả lời hai câu hỏi dưới đây.*

Người này kỳ vọng tổng thu nhập năm nay của người đó sẽ là bao nhiêu? (*tùy chọn*) \$ _____

Nếu quý vị kỳ vọng thu nhập của người này sẽ thay đổi vào năm tới, tổng thu nhập mới sẽ là bao nhiêu? (*tùy chọn*) \$ _____

► **Người này có khoản khấu trừ không?** *Nếu người này thanh toán một số thứ mà có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, việc cho chúng tôi biết có thể giúp giảm chi phí bảo hiểm y tế. Không bao gồm các chi phí tự kinh doanh. Tài liệu đính kèm E ở trang 27 liệt kê các loại khấu trừ khác.*

Người này có khoản khấu trừ không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây. Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến trang tiếp theo.

Loại khấu trừ

Mức độ thường xuyên người này nhận hoặc thanh toán khoản khấu trừ này? (*chọn một phương án*)

Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ
 Lãi suất cho vay sinh viên
 Khác

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

Bao nhiêu?

\$

Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ
 Lãi suất cho vay sinh viên
 Khác

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

\$

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí.
Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
Hoặc ghé thăm CoveredCA.com.



BƯỚC 2:

Người số 3 Cho chúng tôi biết về **người tiếp theo** sống trong gia đình quý vị.
Nếu quý vị có hơn bốn người trên đơn đăng ký này, hãy tạo bản sao của các trang 6 – 8 cho từng người bổ sung.

Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV) _____ Mối quan hệ với quý vị _____

- Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ nhà của người này giống với địa chỉ nhà của người liên hệ chính.
Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ nhà của người này vào bên dưới:

Địa chỉ nhà _____ Số căn hộ _____

Thành phố (Địa chỉ nhà) _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____ Hạt _____

- Đánh dấu vào đây nếu người này không có địa chỉ nhà. Quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới.

- Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này giống với địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người liên hệ chính.
Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này vào bên dưới:

Địa chỉ gửi thư qua bưu điện hoặc P.O. Box (nếu khác với địa chỉ nhà) _____ Số căn hộ _____

Thành phố (Địa chỉ gửi thư qua bưu điện) _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____ Hạt _____

Số điện thoại để liên hệ với người này thuận tiện nhất

- Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () —

Số điện thoại khác

- Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () —

Địa chỉ Email: _____

Chúng tôi nên viết thư cho người này bằng ngôn ngữ nào?

Người này muốn chúng tôi nói chuyện với mình bằng ngôn ngữ nào?

Người này là: Nam Nữ

Người này là: Độc thân Chưa từng kết hôn Đã kết hôn Đã li di
 Đối tác sống chung có đăng ký Góa bụa

Ngày sinh (tháng / ngày / năm)

Người này đang mang thai? Có Không **Nếu có**, dự kiến có bao nhiêu bé? _____

Ngày dự sinh là ngày nào? _____

Nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế Ngay cả khi bây giờ người này có bảo hiểm, quý vị có thể tìm khoản bao trả tốt hơn hoặc chi phí thấp hơn.

- Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, thông tin về SSN là tùy chọn.

★ Số An Sinh Xã Hội (SSN)

— — — — — — — — — —

Nếu người này không có SSN, lí do là gì?

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế để Nhận Con Nuôi (ATIN) _____

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) _____

Miễn trừ vì lý do tôn giáo Không đủ tiêu chuẩn có SSN

Thông tin thuế thu nhập liên bang Nếu người này không nộp thuế, người này có thể vẫn đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm miễn phí hoặc chi phí thấp thông qua Medi-Cal. Chúng tôi sẽ giữ kín thông tin và chỉ sử dụng thông tin để quyết định xem người này có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.

Người này có phải người nộp thuế chính hay không (tên của người này được viết đầu tiên trên tờ khai thuế)? Có Không

Chỉ có một người trên đơn đăng ký này có thể trở thành người nộp thuế chính.

Người này sẽ nộp thuế cho năm **phúc lợi** hay không?

- Có Không

Nếu có, người đó sẽ nộp theo hình thức nào?

- Chủ hộ gia đình Độc thân Người phụ thuộc

- Kết hôn khai thuế chung Kết hôn khai thuế riêng

Có bất kỳ ai khai người này là người phụ thuộc về thuế của họ không? Có Không

Nếu có, đó là người nào?

Người số _____ trên đơn đăng ký này

Người này là cha/mẹ không có quyền giám hộ

Người này là cha/mẹ không có quyền giám hộ không được liệt kê trong đơn đăng ký này

Người số 3 xem tiếp trang sau 



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí.
Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

BƯỚC 2:

Người số 3 (tiếp)

Người này có bảo hiểm y tế khác hay không hoặc người này có được cung cấp bảo hiểm thông qua việc làm hay không?

Có Không

Nếu có, hãy điền vào Tài Liệu Đính Kèm B ở trang 22 và 23.

Người này có khuyết tật về thể chất, tâm thần, tình cảm hay phát triển không?
 Có Không *Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 27 để biết thêm thông tin về việc mắc tình trạng khuyết tật nghĩa là gì.*

Người này có cần trợ giúp về dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc các dịch vụ tại gia và tại cộng đồng không? Có Không

Người này có phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không? Có Không

Nếu người này **không phải** công dân hoặc kiều bào Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi này:

Người này có tình trạng nhập cư đủ tư cách hay không? Có **Để biết xem người này có tình trạng đủ tư cách hay không, chuyển đến Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 để xem danh sách. Sau đó viết thông tin tài liệu ở đây. Trong hầu hết các trường hợp, số ID tài liệu sẽ là Số Đăng Ký Người Nước Ngoài.**

Loại tài liệu: _____ Số ID: _____

Quốc gia cấp: _____ Ngày hết hạn: _____

Tên như xuất hiện trong tài liệu: _____

Người này có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? Có Không

Người này, vợ/chồng của người này hoặc con cái phụ thuộc chưa kết hôn có phải là cựu chiến binh giải ngũ trong danh dự hoặc đang thực hiện nghĩa vụ quân sự trong lực lượng vũ trang Hoa Kỳ hay không? Có Không

Người này có nhận phúc lợi Medicare không?

Có Không

Người này có chi phí y tế nào trong 3 tháng gần đây cần trợ giúp thanh toán hay không?

Có Không

Người này sống với có sống với bất kỳ con cái nào dưới 19 tuổi hay không? Có Không

Nếu có, người này có chăm sóc (các) con hay không? Có Không

Người này có thuộc nhóm 18 đến 20 tuổi và là sinh viên chính quy hay không? Có Không

Người này có thuộc nhóm 18 đến 26 tuổi không? Có Không

Nếu có, người này có nhận chăm sóc nuôi dưỡng tại bất kỳ tiểu bang nào vào lần sinh nhật thứ 18 của người đó hay không? Có Không
Có phải người này trong độ tuổi từ 18 tuổi trở xuống không? Có Không Có bao nhiêu cha mẹ sống cùng người này? _____

Người này có tạm thời sống ngoài tiểu bang hay không? Có Không

Cho chúng tôi biết về chủng tộc của người này Thông tin này được bảo mật và sẽ chỉ được sử dụng nhằm đảm bảo rằng mọi người được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau. Thông tin này sẽ không được dùng để quyết định xem quý vị đủ điều kiện đối với loại bảo hiểm y tế nào.

Chủng tộc của người này là gì? (tùy chọn; đánh dấu tất cả các ô đúng)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Người Da Trắng | <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ | <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản | <input type="checkbox"/> Người Bản Thổ Đảo Guam hoặc Người Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Campuchia | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Lào | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| | <input type="checkbox"/> Người Phi-líp-pin | <input type="checkbox"/> Người Việt Nam | |
| | <input type="checkbox"/> Hmoob | <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa | |

Quý vị có phải người gốc Tây/Bồ, Latinh hay Tây Ban Nha không? (tùy chọn) Có Không

Nếu có, hãy đánh dấu ô:

- Người Mê-hi-cô, Người Mỹ gốc Mê-hi-cô, Người Bắc Mỹ gốc Mê-hi-cô
 Người Salvador Người Guatemala
 Người Cu-ba Người Puerto Ricô
 Người Hispanic, Mỹ Latinh hoặc Tây Ban Nha khác: _____

★ Đánh dấu vào đây nếu quý vị là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska, và điền Tài Liệu Đính Kèm A ở các trang 20 và 21.

Người số 3 xem tiếp trang sau 

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



BƯỚC 2:

Người số 3 (tiếp)

Cho chúng tôi biết về công việc hiện tại của người này và hình thức người đó nhận lương *Đính kèm thêm trang nếu quý vị cần thêm chỗ trống.*

Hiện tại người này có đi làm không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

► **Người này hiện làm ở đâu?** *Nếu người đó có nhiều việc làm, đính kèm thêm tờ giấy khác.*

CÔNG VIỆC 1:

Người này nhận lương theo hình thức nào?

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

Tên người sử dụng lao động (*tùy chọn*)

Tiền lương của người này là bao nhiêu (trước thuế)? \$ _____

CÔNG VIỆC 2:

Người này nhận lương theo hình thức nào?

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

Tên người sử dụng lao động (*tùy chọn*)

Tiền lương của người này là bao nhiêu (trước thuế)? \$ _____

► **Người này có tự làm chủ hay không?**

CÔNG VIỆC 1: Người này có tự làm chủ hay không?

Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

Loại công việc

Người này sẽ nhận được bao nhiêu *thu nhập ròng* từ việc tự kinh doanh vào tháng này? \$ _____
Thu nhập ròng là lợi nhuận còn lại sau khi đã trả các chi phí. Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 liệt kê các khoản có thể được tính.

CÔNG VIỆC 2: Người này có tự làm chủ hay không?

Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

Loại công việc

Người này sẽ nhận được bao nhiêu *thu nhập ròng* từ việc tự kinh doanh vào tháng này? \$ _____
Thu nhập ròng là lợi nhuận còn lại sau khi đã trả các chi phí. Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 liệt kê các khoản có thể được tính.

► **Người này có khoản thu nhập khác không?** *Thu nhập khác là tiền quý vị kiếm được từ nguồn khác không phải là công việc của quý vị. Hãy chuyển tới Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 để xem các ví dụ về thu nhập khác. Không bao gồm các khoản thanh toán trợ cấp nuôi con, thanh toán dành cho cựu chiến binh hay Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI).*

Người này có khoản thu nhập khác không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần thay đổi thu nhập ở trang này.

Thu nhập này có từ đâu?

Mức độ thường xuyên người này nhận lương? (*chọn một phương án*)

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

Bao nhiêu?

\$

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

\$

► **Người này sự thay đổi thu nhập theo tháng hay không?** *Nếu có, hãy trả lời hai câu hỏi dưới đây.*

Người này kỳ vọng tổng thu nhập năm nay của người đó sẽ là bao nhiêu? (*tùy chọn*) \$ _____

Nếu quý vị kỳ vọng thu nhập của người này sẽ thay đổi vào năm tới, tổng thu nhập mới sẽ là bao nhiêu? (*tùy chọn*) \$ _____

► **Người này có khoản khấu trừ không?** *Nếu người này thanh toán một số thứ mà có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, việc cho chúng tôi biết có thể giúp giảm chi phí bảo hiểm y tế. Không bao gồm các chi phí tự kinh doanh. Tài liệu đính kèm E ở trang 27 liệt kê các loại khấu trừ khác.*

Người này có khoản khấu trừ không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây. Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến trang tiếp theo.

Loại khấu trừ

Mức độ thường xuyên người này nhận hoặc thanh toán khoản khấu trừ này? (*chọn một phương án*)

Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ
 Lãi suất cho vay sinh viên
 Khác

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

Bao nhiêu?

\$

Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ
 Lãi suất cho vay sinh viên
 Khác

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (*Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.*)

\$



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

BƯỚC 2:

Người số 4 Cho chúng tôi biết về **người tiếp theo** sống trong gia đình quý vị.
Nếu quý vị có hơn bốn người trên đơn đăng ký này, hãy tạo bản sao của các trang 6 – 8 cho từng người bổ sung.

Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV) _____ Mối quan hệ với quý vị _____

- Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ nhà của người này giống với địa chỉ nhà của người liên hệ chính.
Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ nhà của người này vào bên dưới:

Địa chỉ nhà _____ Số căn hộ _____

Thành phố (Địa chỉ nhà) _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____ Hạt _____

- Đánh dấu vào đây nếu người này không có địa chỉ nhà. Quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện vào bên dưới.

- Đánh dấu vào đây nếu địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này giống với địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người liên hệ chính.
Nếu khác, quý vị phải cho chúng tôi biết địa chỉ gửi thư qua bưu điện của người này vào bên dưới:

Địa chỉ gửi thư qua bưu điện hoặc P.O. Box (nếu khác với địa chỉ nhà) _____ Số căn hộ _____

Thành phố (Địa chỉ gửi thư qua bưu điện) _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____ Hạt _____

Số điện thoại để liên hệ với người này thuận tiện nhất

- Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () -

Số điện thoại khác

- Số Điện Thoại Nhà Số Di Động Số Điện Thoại

Cơ Quan: () -

Địa chỉ Email: _____

Chúng tôi nên viết thư cho người này bằng ngôn ngữ nào?

Người này muốn chúng tôi nói chuyện với mình bằng ngôn ngữ nào?

Người này là: Nam Nữ

Người này là: Độc thân Chưa từng kết hôn Đã kết hôn Đã li di
 Đối tác sống chung có đăng ký Góa bụa

Ngày sinh (tháng / ngày / năm)

Người này đang mang thai? Có Không **Nếu có**, dự kiến có bao nhiêu bé? _____

Ngày dự sinh là ngày nào? _____

Nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế Ngay cả khi bây giờ người này có bảo hiểm, quý vị có thể tìm khoản bao trả tốt hơn hoặc chi phí thấp hơn.

- Người này có đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.
 Không **Nếu không**, thông tin về SSN là tùy chọn.

★ Số An Sinh Xã Hội (SSN)

____ - ____ - ____

Nếu người này không có SSN, lí do là gì?

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế để Nhận Con Nuôi (ATIN) _____

Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân (ITIN) _____

Miễn trừ vì lý do tôn giáo Không đủ tiêu chuẩn có SSN

Thông tin thuế thu nhập liên bang Nếu người này không nộp thuế, người này có thể vẫn đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm miễn phí hoặc chi phí thấp thông qua Medi-Cal. Chúng tôi sẽ giữ kín thông tin và chỉ sử dụng thông tin để quyết định xem người này có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.

Người này có phải người nộp thuế chính hay không (tên của người này được viết đầu tiên trên tờ khai thuế)? Có Không

Chỉ có một người trên đơn đăng ký này có thể trở thành người nộp thuế chính.

Người này sẽ nộp thuế cho năm **phúc lợi** hay không?

- Có Không

Nếu có, người đó sẽ nộp theo hình thức nào?

- Chủ hộ gia đình Độc thân Người phụ thuộc

- Kết hôn khai thuế chung Kết hôn khai thuế riêng

Có bất kỳ ai khai người này là người phụ thuộc về thuế của họ không? Có Không

Nếu có, đó là người nào?

Người số _____ trên đơn đăng ký này

Người này là cha/mẹ không có quyền giám hộ

Người này là cha/mẹ không có quyền giám hộ không được liệt kê trong đơn đăng ký này

Người số 4 xem tiếp trang sau 

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí.
Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



BƯỚC 2:

Người số 4 (tiếp)

Người này có bảo hiểm y tế khác hay không hoặc người này có được cung cấp bảo hiểm thông qua việc làm hay không?

Có Không

Nếu có, hãy điền vào Tài Liệu Đính Kèm B ở trang 22 và 23.

Người này có khuyết tật về thể chất, tâm thần, tình cảm hay phát triển không?

Có Không *Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 27 để biết thêm thông tin về việc mắc tình trạng khuyết tật nghĩa là gì.*

Người này có cần trợ giúp về dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc các dịch vụ tại gia và tại cộng đồng không? Có Không

Người này có phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không? Có Không

Nếu người này **không phải** công dân hoặc kiều bào Hoa Kỳ, hãy trả lời các câu hỏi này:

Người này có tình trạng nhập cư đủ tư cách hay không? Có **Để biết xem người này có tình trạng đủ tư cách hay không, chuyển đến Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 để xem danh sách. Sau đó viết thông tin tài liệu ở đây. Trong hầu hết các trường hợp, số ID tài liệu sẽ là Số Đăng Ký Người Nước Ngoài.**

Loại tài liệu: _____ Số ID: _____

Quốc gia cấp: _____ Ngày hết hạn: _____

Tên như xuất hiện trong tài liệu: _____

Người này có sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? Có Không

Người này, vợ/chồng của người này hoặc con cái phụ thuộc chưa kết hôn có phải là cựu chiến binh giải ngũ trong danh dự hoặc đang thực hiện nghĩa vụ quân sự trong lực lượng vũ trang Hoa Kỳ hay không? Có Không

Người này có nhận phúc lợi Medicare không?

Có Không

Người này có chi phí y tế nào trong 3 tháng gần đây cần trợ giúp thanh toán hay không?

Có Không

Người này sống với có sống với bất kỳ con cái nào dưới 19 tuổi hay không? Có Không

Nếu có, người này có chăm sóc (các) con hay không? Có Không

Người này có thuộc nhóm 18 đến 20 tuổi và là sinh viên chính quy hay không? Có Không

Người này có thuộc nhóm 18 đến 26 tuổi không? Có Không

Nếu có, người này có nhận chăm sóc nuôi dưỡng tại bất kỳ tiểu bang nào vào lần sinh nhật thứ 18 của người đó hay không? Có Không

Có phải người này trong độ tuổi từ 18 tuổi trở xuống không? Có Không Có bao nhiêu cha mẹ sống cùng người này? _____

Người này có tạm thời sống ngoài tiểu bang hay không? Có Không

Cho chúng tôi biết về chủng tộc của người này Thông tin này được bảo mật và sẽ chỉ được sử dụng nhằm đảm bảo rằng mọi người được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau. Thông tin này sẽ không được dùng để quyết định xem quý vị đủ điều kiện đối với loại bảo hiểm y tế nào.

Chủng tộc của người này là gì? (tùy chọn; đánh dấu tất cả các ô đúng)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Người Da Trắng | <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ | <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản | <input type="checkbox"/> Người Bản Thổ Đảo Guam hoặc Người Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ gốc Phi | <input type="checkbox"/> Người Campuchia | <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska | <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Lào | <input type="checkbox"/> Khác _____ |
| | <input type="checkbox"/> Người Phi-líp-pin | <input type="checkbox"/> Người Việt Nam | |
| | <input type="checkbox"/> Hmoob | <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Địa | |

Quý vị có phải người gốc Tây/Bồ, Latinh hay Tây Ban Nha không? (tùy chọn) Có Không

Nếu có, hãy đánh dấu ở:

- Người Mê-hi-cô, Người Mỹ gốc Mê-hi-cô, Người Bắc Mỹ gốc Mê-hi-cô
- Người Salvador Người Guatemala
- Người Cu-ba Người Puerto Ricô
- Người Hispanic, Mỹ Latinh hoặc Tây Ban Nha khác: _____

★ Đánh dấu vào đây nếu quý vị là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska, và điền Tài Liệu Đính Kèm A ở các trang 20 và 21.

Người số 4 xem tiếp trang sau



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

BƯỚC 2:

Người số 2 (tiếp)

Cho chúng tôi biết về công việc hiện tại của người này và hình thức người đó nhận lương *Đính kèm thêm trang nếu quý vị cần thêm chỗ trống.*

Hiện tại người này có đi làm không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

► **Người này hiện làm ở đâu?** *Nếu người đó có nhiều việc làm, đính kèm thêm tờ giấy khác.*

CÔNG VIỆC 1:

Người này nhận lương theo hình thức nào?

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

Tên người sử dụng lao động (tùy chọn)

Tiền lương của người này là bao nhiêu (trước thuế)? \$ _____

CÔNG VIỆC 2:

Người này nhận lương theo hình thức nào?

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

Tên người sử dụng lao động (tùy chọn)

Tiền lương của người này là bao nhiêu (trước thuế)? \$ _____

► **Người này có tự làm chủ hay không?**

CÔNG VIỆC 1: Người này có tự làm chủ hay không?

Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

Loại công việc

Người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng từ việc tự kinh doanh vào tháng này? \$ _____
Thu nhập ròng là lợi nhuận còn lại sau khi đã trả các chi phí. Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 liệt kê các khoản có thể được tính.

CÔNG VIỆC 2: Người này có tự làm chủ hay không?

Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần khoản thu nhập khác ở trang này.

Loại công việc

Người này sẽ nhận được bao nhiêu thu nhập ròng từ việc tự kinh doanh vào tháng này? \$ _____
Thu nhập ròng là lợi nhuận còn lại sau khi đã trả các chi phí. Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 liệt kê các khoản có thể được tính.

► **Người này có khoản thu nhập khác không?** *Thu nhập khác là tiền quý vị kiếm được từ nguồn khác không phải là công việc của quý vị. Hãy chuyển tới Tài Liệu Đính Kèm E ở trang 27 để xem các ví dụ về thu nhập khác. Không bao gồm các khoản thanh toán trợ cấp nuôi con, thanh toán dành cho cựu chiến binh hay Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI).*

Người này có khoản thu nhập khác không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây.

Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến phần thay đổi thu nhập ở trang này.

Thu nhập này có từ đâu?

Mức độ thường xuyên người này nhận lương? (chọn một phương án)

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

Bao nhiêu?

\$ _____

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

\$ _____

► **Người này sự thay đổi thu nhập theo tháng hay không?** *Nếu có, hãy trả lời hai câu hỏi dưới đây.*

Người này kỳ vọng tổng thu nhập năm nay của người đó sẽ là bao nhiêu? (tùy chọn) \$ _____

Nếu quý vị kỳ vọng thu nhập của người này sẽ thay đổi vào năm tới, tổng thu nhập mới sẽ là bao nhiêu? (tùy chọn) \$ _____

► **Người này có khoản khấu trừ không?** *Nếu người này thanh toán một số thứ mà có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, việc cho chúng tôi biết có thể giúp giảm chi phí bảo hiểm y tế. Không bao gồm các chi phí tự kinh doanh. Tài liệu đính kèm E ở trang 27 liệt kê các loại khấu trừ khác.*

Người này có khoản khấu trừ không? Có **Nếu có**, hãy trả lời các câu hỏi dưới đây. Không **Nếu không**, vui lòng chuyển đến trang tiếp theo.

Loại khấu trừ

Mức độ thường xuyên người này nhận hoặc thanh toán khoản khấu trừ này? (chọn một phương án)

Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ
 Lãi suất cho vay sinh viên
 Khác

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

Bao nhiêu?

\$ _____

Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ
 Lãi suất cho vay sinh viên
 Khác

Theo giờ: Bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Công nhật: Bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
 Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần mỗi tháng Hàng tháng Hàng quý
 Sáu tháng một lần Hàng năm Thanh toán một lần (Xem Câu Hỏi Thường Gặp số 33 trên trang 33.)

\$ _____

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số 1-800-652-9528 (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí.
Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều.
Hoặc ghé thăm CoveredCA.com.



Bước 3:

Vui lòng đọc và ký đơn đăng ký này

Quý vị có thể chọn người đại diện được ủy quyền

- ★ Quý vị có thể chọn ai đó sẽ làm “người đại diện được ủy quyền” của quý vị. Người đại diện được ủy quyền là người quý vị cho phép xem đơn đăng ký của quý vị và trao đổi với chúng tôi về đơn đăng ký đó bây giờ và trong tương lai.

Tên người đại diện được ủy quyền

Địa chỉ

Số căn hộ

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Hạt

Bằng việc ký tên, quý vị cho phép người này ký vào đơn đăng ký của quý vị để nhận được thông tin chính thức về đơn đăng ký này, và thay mặt quý vị giải quyết tất cả các vấn đề sau này với cơ quan này.

Chữ ký của quý vị

Ngày



Tuyên bố về quyền riêng tư

Đơn đăng ký này là đơn đăng ký bảo hiểm y tế thông qua Covered California hoặc đăng ký các phúc lợi thông qua Sở Dịch Vụ Y Tế (DHCS). Thông tin cá nhân và thông tin y tế mà quý vị cung cấp trong đơn đăng ký này là riêng tư và bí mật. Covered California hoặc DHCS cần thông tin này để nhận dạng quý vị và những người khác trên đơn đăng ký này cũng như để quản lý các chương trình của chúng tôi.

Chúng tôi sẽ chỉ chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan địa phương, liên bang và tiểu bang khác, các nhà thầu, các chương trình bảo hiểm y tế và các chương trình **chỉ** nhằm ghi danh quý vị vào một chương trình hoặc nhằm quản lý các chương trình và cùng với các cơ quan liên bang và tiểu bang khác theo yêu cầu của pháp luật.

- Quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi trên đơn đăng ký này trừ khi các câu hỏi đó được đánh dấu là “tùy chọn.” Nếu đơn đăng ký của quý vị thiếu bất kỳ điều gì chúng tôi yêu cầu, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để lấy thông tin. ➔ **Nếu quý vị không cung cấp thông tin này**, chúng tôi sẽ không thể đưa ra quyết định với đơn đăng ký của quý vị. Quý vị có thể phải nộp đơn đăng ký mới, nếu không quý vị không thể nhận được bảo hiểm y tế thông qua Covered California hoặc đơn đăng ký phúc lợi của quý vị có thể bị từ chối.
- Trong hầu hết các trường hợp, quý vị có quyền xem thông tin cá nhân về quý vị trong các hồ sơ của tiểu bang và liên bang. Quý vị có thể xem thông tin này dưới một định dạng khác (như bản in cỡ lớn) nếu quý vị cần như vậy.

Để biết thêm thông tin hoặc để xem hồ sơ của **Covered California**, hãy liên hệ với Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư theo địa chỉ:

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Điện thoại: **1-800-652-9528**
TTY: 1-888-889-4500

Với **Sở Dịch Vụ Y Tế**, liên hệ với Ban Bảo Vệ Thông Tin theo địa chỉ:

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413

Điện thoại: **1-866-866-0602**
TTY: 1-877-735-2929

Các luật tiểu bang và liên bang này cho chúng tôi quyền thu thập và lưu giữ thông tin có trên đơn đăng ký:

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; Bộ Luật Chính Phủ của CA §§ 100502(k) và 100503(a)

DHCS: Phúc Lợi và Thẻ Chế CA. Bộ Luật § 14011 và Khoản 3, các Chương 5 và 7, các Phần 2 và 3, Mục 9

Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị Tuyên Bố về Quyền Riêng Tư này theo Bộ Luật Dân Sự CA §1 798.17. Quý vị có thể xem Chính Sách về Quyền Riêng Tư của Covered California tại CoveredCA.com. Xem Thông Báo về Thực Hành Quyền Riêng Tư của DHCS tại dhcs.ca.gov.

Bước 3 xem tiếp trang sau



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

Các quyền và trách nhiệm của quý vị

- Thông tin tôi đã cung cấp trên đơn đăng ký này là đúng sự thật trong chừng mực mà tôi biết. Tôi biết rằng mình có thể phải nộp phạt nếu không nói sự thật.
- Tôi hiểu rằng thông tin tôi cung cấp sẽ chỉ được sử dụng để xem liệu những người trong gia đình tôi mà đang nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế có đủ tiêu chuẩn hay không.
- Tôi hiểu rằng chương trình Covered California và Medi-Cal sẽ giữ kín thông tin của tôi theo quy định pháp luật. Để biết thêm thông tin hoặc truy cập thông tin cá nhân trong các hồ sơ do Covered California và chương trình Medi-Cal lưu trữ, tôi có thể liên hệ với Viên Chức Phụ Trách Quyền Riêng Tư theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).
- Tôi hiểu rằng để đủ điều kiện tham gia Medi-Cal, tôi phải nộp đơn đăng ký các phúc lợi hoặc thu nhập khác mà tôi hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình tôi được quyền nhận, trừ khi họ có lý do thích đáng để không làm như vậy. Ví dụ về thu nhập hoặc các phúc lợi như vậy gồm lương hưu, phúc lợi chính phủ, thu nhập nghỉ hưu, phúc lợi cựu chiến binh, tiền trợ cấp hàng năm, phúc lợi khuyết tật, phúc lợi An Sinh Xã Hội (còn được gọi là OASDI hay Bảo Hiểm dành cho Người Khuyết Tật, Người Cao Tuổi và Người Sống Sốt) và phúc lợi thất nghiệp. Tuy nhiên, các phúc lợi hoặc thu nhập đó không bao gồm các phúc lợi trợ cấp công cộng, như CalWORK hoặc CalFresh. Nếu tôi có thắc mắc về nguồn thu nhập có thể có, tôi có thể gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500) để được trợ giúp.
- Tôi biết rằng tôi phải thông báo cho Covered California hoặc văn phòng phúc lợi hạt của tôi về các thay đổi đối với bất kỳ thông tin nào tôi viết trong đơn đăng ký này. Để báo cáo các thay đổi, tôi có thể gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500) hoặc truy cập vào **CoveredCA.com**. Hoặc tôi có thể gọi cho văn phòng dịch vụ xã hội tại hạt của tôi.
- Tôi biết rằng Covered California không được phân biệt đối xử với tôi hoặc bất kỳ người nào trên đơn đăng ký này do chủng tộc, màu da, nguồn gốc dân tộc, tôn giáo, tuổi tác, giới tính, xu hướng tình dục, tình trạng hôn nhân, tình trạng cựu chiến binh hoặc tình trạng khuyết tật. Nếu tôi cho rằng Covered California đã phân biệt đối xử với tôi, bao gồm việc không cung cấp các điều chỉnh hợp lý theo yêu cầu của pháp luật tiểu bang và liên bang, tôi có thể làm đơn khiếu nại bằng cách truy cập vào **www.hhs.gov/ocr/office/file** or **http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form**. Nếu tôi cho rằng Covered California đã phân biệt đối xử với tôi hoặc bất kỳ người nào khác trên đơn đăng ký này liên quan đến việc xác định tính đủ điều kiện nhận Medi-Cal, tôi cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên Văn Phòng Dân Quyền, Sở Dịch Vụ Y Tế bằng cách gọi theo số **1-916-440-7370** (TTY: 1-916-440-7399).
- Tôi hiểu rằng bất kỳ thay đổi nào về thông tin của tôi hoặc thông tin về bất kỳ (các) thành viên nào trong hộ gia đình người nộp đơn có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện của các thành viên khác trong hộ gia đình.
- Ngoại trừ cho các mục đích nộp đơn đăng ký Medi-Cal, tôi xác nhận rằng không người nào nộp đơn xin bảo hiểm y tế trên đơn đăng ký này bị giam giữ trong nhà giam, nhà tù hoặc cơ sở giam giữ tương tự hoặc cơ sở cải huấn sau quyết định buộc tội (phán quyết).
- Tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo các thay đổi về thu nhập cho Covered California vì điều này có thể ảnh hưởng đến khoản hỗ trợ phí bảo hiểm (hoặc các khoản giảm thuế) mà tôi có thể đủ điều kiện nhận. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi nhận quá nhiều hỗ trợ phí bảo hiểm (hoặc các khoản giảm thuế) trong suốt năm phúc lợi, tôi sẽ phải hoàn trả khoản hỗ trợ phí bảo hiểm bổ sung cho IRS khi nộp thuế thu nhập liên bang cho năm phúc lợi.
- Tôi cho phép Covered California kiểm tra hồ sơ trên máy tính của các cơ quan khác để xác minh thông tin về quyền công dân, tình trạng nhập cư đủ tư cách, thông tin thuế và các thông tin khác chỉ liên quan đến tính đủ điều kiện để xem liệu tôi và những người khác trên đơn đăng ký này có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.

Nếu ai đó trên đơn đăng ký đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal:

- Tôi biết rằng nếu Medi-Cal trả chi phí y tế, bất kỳ khoản tiền nào mà tôi hoặc bất kỳ người nào trên đơn đăng ký này nhận được từ bảo hiểm y tế khác hoặc bảo chứng pháp định liên quan đến chi phí sẽ chuyển cho Medi-Cal để thanh toán cho chi phí đó cho đến khi chi phí này được thanh toán đầy đủ.

Đối với cha mẹ có con hoặc các con đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal:

- Tôi biết tôi sẽ được yêu cầu giúp đỡ cơ quan thu thập bằng chứng hỗ trợ y tế từ bất kỳ cha mẹ nào trên đơn đăng ký này mà không sống cùng con cái và không gửi hỗ trợ cho con. Nếu tôi cho rằng việc giúp đỡ này sẽ có hại cho tôi hoặc con cái tôi, tôi có thể báo với Medi-Cal và tôi sẽ không buộc phải giúp.

Các quyền và trách nhiệm của quý vị xem tiếp trang sau



Bước 3:

Vui lòng đọc và ký đơn đăng ký này (tiếp)

Các quyền và trách nhiệm của quý vị (tiếp)

Quyền kháng cáo của quý vị:

- Nếu tôi cho rằng Covered California hoặc chương trình Medi-Cal đã có nhầm lẫn, tôi có thể kháng cáo quyết định của họ. Kháng cáo có nghĩa là cho ai đó tại Covered California hoặc chương trình Medi-Cal biết rằng, theo tôi, quyết định của họ là sai và yêu cầu xem xét công bằng hành động đó.
- Tôi biết rằng tôi có thể tìm hiểu cách kháng cáo bằng cách gọi **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).
- Tôi biết rằng tôi phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 90 ngày kể từ khi có quyết định.
- Tôi biết rằng tôi có thể đại diện cho chính mình hoặc yêu cầu người khác đại diện cho tôi khi kháng cáo, chẳng hạn như người đại diện được ủy quyền, bạn bè, người thân hoặc luật sư.
- Tôi biết rằng nếu tôi cần trợ giúp, ai đó tại Covered California, chương trình Medi-Cal hoặc văn phòng dịch vụ xã hội hạt có thể giải thích cho tôi về trường hợp của tôi.

Gia hạn bảo hiểm

Để cho việc tiếp tục nhận bảo hiểm y tế trong các năm tới được dễ dàng hơn, tôi đồng ý cho phép Covered California sử dụng các nguồn tài liệu trên máy tính như IRS để kiểm tra thu nhập của tôi. Nếu các nguồn này cho thấy tôi vẫn đủ điều kiện, khoản bao trả bảo hiểm của tôi có thể được gia hạn thêm 12 tháng và tôi sẽ không phải điền vào mẫu đơn xin gia hạn hoặc gửi các giấy tờ khác.

Tôi hiểu rằng nếu tôi chọn không cho phép Covered California sử dụng các nguồn tài liệu trên máy tính, tôi phải hoàn thành gói gia hạn 12 tháng một lần để tiếp tục bảo hiểm y tế của mình.

Tôi đồng ý cho phép Covered California hoặc chương trình Medi-Cal kiểm tra thông tin của tôi trong:

- 5 năm 4 năm 3 năm 2 năm 1 năm

HOẶC

- Tôi không muốn Covered California kiểm tra tờ khai thuế của tôi tại thời điểm gia hạn.

Tuyên bố và chữ ký *Đây là phần bắt buộc.*

Tôi tuyên bố theo hình phạt về tội khai man rằng những điều tôi nói dưới đây là đúng sự thật và chính xác.

- Tôi đã hiểu tất cả các câu hỏi trên đơn đăng ký này, và đã trả lời đúng sự thật và chính xác trong chừng mực mà tôi biết. Trong trường hợp bản thân tôi không biết câu trả lời, tôi đã làm mọi cách hợp lý để xác nhận câu trả lời với ai đó biết rõ.
- Tôi biết rằng nếu tôi không nói sự thật trên đơn đăng ký này, có thể có hình phạt dân sự hoặc hình sự về tội khai man mà có thể bao gồm tối đa là bốn năm tù. (Xem Mục 126, Bộ Luật Hình Sự California.)
- Tôi biết rằng thông tin trên đơn đăng ký này sẽ được sử dụng để quyết định liệu những người đang nộp đơn đăng ký có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không. Covered California sẽ giữ kín thông tin theo yêu cầu của luật pháp liên bang và luật pháp California.
- Tôi đồng ý thông báo cho Covered California bằng cách gọi theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500) hoặc truy cập vào **CoveredCA.com** nếu có bất kỳ thay đổi nào trên đơn đăng ký này về bất kỳ người nào nộp đơn xin bảo hiểm y tế.
- Nếu tôi đang chọn một chương trình bảo hiểm y tế bằng cách điền và nộp Tài Liệu Đính Kèm D và nếu tôi được Covered California xác định là đủ điều kiện ghi danh chương trình tôi đã chọn trong Tài Liệu Đính Kèm D:
 - Tôi hiểu rằng việc ký vào đây đồng nghĩa với việc tôi đang ký kết hợp đồng với công ty bảo hiểm của chương trình đó.
 - Tôi từ 18 tuổi trở lên hoặc tôi là trẻ vị thành niên sống tự lập và tôi có đủ khả năng về mặt tâm thần để ký hợp đồng.

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



Ngày

Bước 3 xem tiếp trang sau



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**


Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

Bước 3:

Vui lòng đọc và ký đơn đăng ký này (tiếp)

Hoàn thiện mục này nếu quý vị là cá nhân được Covered California chứng nhận là đã giúp người khác điền vào đơn đăng ký này.

Tôi xác nhận rằng với tư cách là một Tư Vấn Viên Đăng Ký Đã Được Chứng Nhận, Đại Lý Bảo Hiểm Đã Được Chứng Nhận hoặc Người Ghi Danh Dựa Trên Chương Trình Đã Được Chứng Nhận, tôi đã giúp người nộp đơn hoàn thành đơn đăng ký này và rằng dịch vụ này miễn phí. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã trả lời đúng sự thật và chính xác tất cả các câu hỏi trên đơn đăng ký này trong chừng mực mà tôi biết. Tôi đã giải thích cho người nộp đơn bằng ngôn ngữ dễ hiểu về nguy cơ của việc cung cấp thông tin không chính xác và người nộp đơn hiểu rõ lời giải thích đó.

<input type="checkbox"/> Tên Tư Vấn Viên Đăng Ký Đã Được Chứng Nhận:	Số CEC
Tên Cơ Quan Đăng Ký Đã Được Chứng Nhận:	Số CEE
<input type="checkbox"/> Tên Đại Lý Bảo Hiểm Đã Được Chứng Nhận:	Số Giấy Phép
<input type="checkbox"/> Tên Người Ghi Danh Dựa Trên Chương Trình: _____ Chương Trình Đã Được Chứng Nhận: _____	Số chứng nhận
Chữ ký cá nhân đã được chứng nhận 	Ngày

Tiểu bang sẽ không bồi thường cho Cơ Quan Đăng Ký Đã Được Chứng Nhận của Covered California trừ khi Tư Vấn Viên Đăng Ký Đã Được Chứng Nhận điền vào mục này một cách đầy đủ và chính xác khi nộp đơn đăng ký.

Bước 4:

Gửi thông tin và danh sách kiểm tra qua đường bưu điện

Gửi đơn đăng ký có chữ ký của quý vị qua bưu điện tới:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Quý vị có nhớ:

- Cho chúng tôi biết về mọi người trong gia đình và hộ gia đình quý vị, ngay cả khi họ không cần bảo hiểm hay không? Xem trang 3 để biết danh sách những ai cần nêu.
- Hỏi chủ sử dụng lao động của quý vị về bất kỳ bảo hiểm nào liên quan đến việc làm mà quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được nhận?
- **Ký** đơn đăng ký này ở **trang 17**? Nếu quý vị chọn người đại diện được ủy quyền, hãy ký cả trang 15.

Thêm một số câu hỏi (tùy chọn)

1. Quý vị có muốn được xem xét cho tất cả các chương trình Medi-Cal? Có Không

Có các chương trình Medi-Cal khác dành cho những người từ 65 tuổi trở lên, người khuyết tật hoặc người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt.

Nếu quý vị đánh dấu có, chúng tôi sẽ liên hệ với quý vị để lấy thông tin về bất động sản và tài sản của quý vị.

2. Quý vị có bất kỳ thay đổi nào gần đây trong cuộc sống khiến quý vị muốn nộp đơn xin bảo hiểm y tế không?

Nếu có, đánh dấu tất cả các ô đúng.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chuyển đến California | <input type="checkbox"/> Không còn bị giam giữ |
| <input type="checkbox"/> Có được quyền công dân hoặc hiện diện hợp pháp | <input type="checkbox"/> Mới đủ điều kiện nhận khoản hỗ trợ phí bảo hiểm |
| <input type="checkbox"/> Mất bảo hiểm y tế | <input type="checkbox"/> Nộp đơn đăng ký Medi-Cal |
| <input type="checkbox"/> Có người phụ thuộc (thông qua sinh nở, kết hôn hoặc nhận con nuôi) | <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska |
| <input type="checkbox"/> Khác | |

Sự kiện cuộc đời này đã xảy ra khi nào? (tháng / ngày / năm) _____

Bước 4 xem tiếp trang sau 

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



BƯỚC 4:

GỬI THÔNG TIN VÀ DANH SÁCH KIỂM TRA QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN (tiếp)

Quý vị đã biết đến Covered California bằng cách nào?

Đánh dấu tất cả các câu đúng

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chương trình tiếp cận và giáo dục | <input type="checkbox"/> Quảng cáo trên TV | <input type="checkbox"/> Trang web | <input type="checkbox"/> Nhà thơ |
| <input type="checkbox"/> Quảng cáo trên báo hoặc tạp chí | <input type="checkbox"/> Quảng cáo trên đài | <input type="checkbox"/> CoveredCA.com | <input type="checkbox"/> Nhà thuốc |
| <input type="checkbox"/> Chương trình thời sự hoặc câu chuyện | <input type="checkbox"/> Quảng cáo trực tuyến | <input type="checkbox"/> Bạn bè hoặc gia đình | <input type="checkbox"/> Văn phòng chính phủ |
| <input type="checkbox"/> Sự kiện hoặc tổ chức cộng đồng | <input type="checkbox"/> Email | <input type="checkbox"/> Tờ thông tin | <input type="checkbox"/> Truyền miệng |
| <input type="checkbox"/> Bảng dán thông báo | <input type="checkbox"/> Gói bưu phẩm | <input type="checkbox"/> Chủ sử dụng lao động | |
| <input type="checkbox"/> Biển cửa hàng bán lẻ | <input type="checkbox"/> Tìm kiếm trên Internet | <input type="checkbox"/> Phương tiện truyền thông xã hội (ví dụ như Facebook, Twitter, v.v...) | |
| <input type="checkbox"/> Đại Lý Bảo Hiểm Đã Được Chứng Nhận | <input type="checkbox"/> Ứng dụng trên di động | <input type="checkbox"/> Khác _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cơ Quan Đăng Ký Đã Được Chứng Nhận Tư Vấn Viên | <input type="checkbox"/> Nhà cung cấp dịch vụ hoặc bệnh viện | | |

Cần thêm thông tin về các chương trình khác?

Từ ngày 1 tháng 1 năm 2014, quý vị và gia đình quý vị có muốn chia sẻ thông tin quý vị vừa cung cấp trong giấy giới thiệu tới Cơ Quan Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh tại địa phương của quý vị cho các chương trình khác không? Các gia đình có người nhập cư có thể nộp đơn đăng ký. Quý vị có thể đăng ký cho con mình ngay cả khi quý vị không đủ điều kiện nhận khoản bao trả. Việc đăng ký cho trẻ đủ điều kiện của quý vị không ảnh hưởng đến tình trạng nhập cư hoặc cơ hội trở thành thường trú dân hoặc công dân của quý vị.

Để đăng ký hỗ trợ tiền mặt hoặc dinh dưỡng trước ngày 1 tháng 1 năm 2014, truy cập vào benefitscal.org. Hoặc để đăng ký trực tiếp, gọi theo số **1-877-847-3663** để biết danh sách các địa điểm gần nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc.

Với các phúc lợi sau ngày 1 tháng 1 năm 2014, kiểm tra các chương trình quý vị muốn được giới thiệu đến:

- CalFresh** Chương trình hỗ trợ người dân chi trả cho thực phẩm. Các phúc lợi được gia hạn hàng tháng trên thẻ ghi nợ có thể được sử dụng để mua hầu hết các loại thực phẩm tại nhiều chợ và cửa hàng. Chương trình này còn được gọi là Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Truy cập vào www.calfresh.ca.gov để biết thêm thông tin.
- CalWORKs** Chương trình cung cấp hỗ trợ tiền mặt và các dịch vụ hỗ trợ cho những gia đình thu nhập thấp có con để hỗ trợ thanh toán chi phí nhà ở, thực phẩm và các chi phí cần thiết khác.

Quý vị cũng có thể tìm trực tuyến thêm thông tin về các chương trình này:

Access for Infants and Mothers (AIM)

Chương trình giúp phụ nữ mang thai nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe
aim.ca.gov

Child Health and Disability Prevention (CHDP)

Chương trình phòng ngừa cung cấp các dịch vụ và đánh giá sức khỏe định kỳ cho trẻ em có thu nhập thấp
www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT)

Chương trình của Medi-Cal dành cho trẻ em và người mới trưởng thành dưới 21 tuổi – cho phép khám sức khỏe định kỳ để xác định các nhu cầu chăm sóc sức khỏe, sau đó sẽ chẩn đoán và điều trị khi cần
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx

Family Planning, Access, Care, Treatment (Family PACT)

Chương trình cung cấp các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình miễn phí cho nam giới và phụ nữ thu nhập thấp, bao gồm thanh thiếu niên
familypact.org

In-Home Supportive Services Program (IHSS)

Chương trình giúp thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho quý vị để quý vị có thể duy trì sự an toàn tại nhà của chính quý vị
www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm

Women, Infants, and Children (WIC)

Chương trình dinh dưỡng cho phụ nữ mang thai, người mới làm mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi
www.wicworks.ca.gov



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm CoveredCA.com.

Tài Liệu Đính Kèm A:

Đối với Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska

★ Hoàn thành phần này nếu quý vị hoặc một thành viên gia đình là người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa.

Người Mỹ Da Đỏ và người Alaska Bản Địa có thể nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị. Người Alaska Bản Địa và người Mỹ Da Đỏ được liên bang công nhận cũng có thể không phải thanh toán các chi phí tự trả (như khoản đồng thanh toán) và có thể có các giai đoạn ghi danh đặc biệt. Hãy nhớ hoàn thành mẫu này và gửi mẫu này cùng đơn đăng ký của quý vị và bằng chứng về kế thừa nguồn gốc người Alaska Bản Địa hoặc người Mỹ Da Đỏ. Quý vị có thể gửi tài liệu từ một bộ tộc Da Đỏ được liên bang công nhận chứng minh quý vị là thành viên của bộ tộc hoặc có liên hệ với bộ tộc. Các tài liệu có thể bao gồm thẻ đăng ký bộ tộc hoặc chứng nhận mang dòng máu Da Đỏ (CDIB) từ Cục Đặc Trách Người Da Đỏ. Nếu quý vị nghĩ quý vị đủ tiêu chuẩn nhận for Medi-Cal, quý vị không phải gửi bằng chứng. Xem Tài Liệu Đính Kèm F để xem quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal hay không.

Nếu quý vị cần cho chúng tôi biết về hơn bốn người là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska, **hãy tạo bản sao của trang này** và nhớ gửi bản sao này cùng với đơn đăng ký của quý vị.

Người số 1: Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV) _____

Người này có phải là thành viên của bộ tộc người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận hay không? Có Không
Nếu có, viết tên của bộ tộc đó: _____ **và tiểu bang của bộ tộc:** _____

Người này đã từng nhận dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua giấy giới thiệu từ một trong những chương trình này hay chưa? Có Không

Nếu không, người này có đủ điều kiện nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua giấy giới thiệu từ một trong những chương trình này hay không? Có Không

Người này có nhận thu nhập từ bất kỳ nguồn nào dưới đây không? Có **Nếu có**, điền số tiền và mức độ thường xuyên vào bên dưới.
 Không **Nếu không**, tiếp tục đơn đăng ký.

- | | | | | |
|---|---------------------|---|---|-------------------------------------|
| ▶ Các khoản thanh toán cho bộ tộc đến từ các nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, hợp đồng thuê nhà hoặc thuế tài nguyên | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần
<input type="checkbox"/> Khác _____ | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| ▶ Các khoản thanh toán từ hợp đồng thuê nhà hoặc thuế tài nguyên cho việc sử dụng đất ủy thác của người Da Đỏ để khai thác tài nguyên thiên nhiên, canh tác, chăn nuôi hoặc đánh bắt cá | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần
<input type="checkbox"/> Khác _____ | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| ▶ Tiền bán những thứ có giá trị về văn hóa | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần
<input type="checkbox"/> Khác _____ | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |

Người số 2: Tên _____ Tên đệm _____ Họ _____ Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV) _____

Người này có phải là thành viên của bộ tộc người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận hay không? Có Không
Nếu có, viết tên của bộ tộc đó: _____ **và tiểu bang của bộ tộc:** _____

Người này đã từng nhận dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua giấy giới thiệu từ một trong những chương trình này hay chưa? Có Không

Nếu không, người này có đủ điều kiện nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua giấy giới thiệu từ một trong những chương trình này hay không? Có Không

Người này có nhận thu nhập từ bất kỳ nguồn nào dưới đây không? Có **Nếu có**, điền số tiền và mức độ thường xuyên vào bên dưới.
 Không **Nếu không**, tiếp tục đơn đăng ký.

- | | | | | |
|---|---------------------|---|---|-------------------------------------|
| ▶ Các khoản thanh toán cho bộ tộc đến từ các nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, hợp đồng thuê nhà hoặc thuế tài nguyên | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần
<input type="checkbox"/> Khác _____ | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| ▶ Các khoản thanh toán từ hợp đồng thuê nhà hoặc thuế tài nguyên cho việc sử dụng đất ủy thác của người Da Đỏ để khai thác tài nguyên thiên nhiên, canh tác, chăn nuôi hoặc đánh bắt cá | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần
<input type="checkbox"/> Khác _____ | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| ▶ Tiền bán những thứ có giá trị về văn hóa | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần
<input type="checkbox"/> Khác _____ | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



Tài Liệu Đính Kèm A:

Đối với Người Mỹ Da Đỏ hoặc Người Bản Địa Alaska (tiếp)

Người số 3: Tên

Tên đệm

Họ

Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV)

Người này có phải là thành viên của bộ tộc người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận hay không? Có Không

Nếu có, viết tên của bộ tộc đó: _____ và tiểu bang của bộ tộc: _____

Người này đã từng nhận dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua giấy giới thiệu từ một trong những chương trình này hay chưa? Có Không

Nếu không, người này có đủ điều kiện nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua giấy giới thiệu từ một trong những chương trình này hay không? Có Không

Người này có nhận thu nhập từ bất kỳ nguồn nào dưới đây không? Có **Nếu có**, điền số tiền và mức độ thường xuyên vào bên dưới.

Không **Nếu không**, tiếp tục đơn đăng ký.

- | | | | | |
|---|---------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ▶ Các khoản thanh toán cho bộ tộc đến từ các nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, hợp đồng thuê nhà hoặc thuế tài nguyên | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| | | <input type="checkbox"/> Khác _____ | | |
| ▶ Các khoản thanh toán từ hợp đồng thuê nhà hoặc thuế tài nguyên cho việc sử dụng đất ủy thác của người Da Đỏ để khai thác tài nguyên thiên nhiên, canh tác, chăn nuôi hoặc đánh bắt cá | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| | | <input type="checkbox"/> Khác _____ | | |
| ▶ Tiền bán những thứ có giá trị về văn hóa | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| | | <input type="checkbox"/> Khác _____ | | |

Người số 4: Tên

Tên đệm

Họ

Hậu tố (ví dụ: Sr., Jr., III, IV)

Người này có phải là thành viên của bộ tộc người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa được liên bang công nhận hay không? Có Không

Nếu có, viết tên của bộ tộc đó: _____ và tiểu bang của bộ tộc: _____

Người này đã từng nhận dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua giấy giới thiệu từ một trong những chương trình này hay chưa? Có Không

Nếu không, người này có đủ điều kiện nhận các dịch vụ từ Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị hoặc thông qua giấy giới thiệu từ một trong những chương trình này hay không? Có Không

Người này có nhận thu nhập từ bất kỳ nguồn nào dưới đây không? Có **Nếu có**, điền số tiền và mức độ thường xuyên vào bên dưới.

Không **Nếu không**, tiếp tục đơn đăng ký.

- | | | | | |
|---|---------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ▶ Các khoản thanh toán cho bộ tộc đến từ các nguồn tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, hợp đồng thuê nhà hoặc thuế tài nguyên | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| | | <input type="checkbox"/> Khác _____ | | |
| ▶ Các khoản thanh toán từ hợp đồng thuê nhà hoặc thuế tài nguyên cho việc sử dụng đất ủy thác của người Da Đỏ để khai thác tài nguyên thiên nhiên, canh tác, chăn nuôi hoặc đánh bắt cá | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| | | <input type="checkbox"/> Khác _____ | | |
| ▶ Tiền bán những thứ có giá trị về văn hóa | Số tiền
\$ _____ | <input type="checkbox"/> Hàng tuần | <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần | <input type="checkbox"/> Hàng tháng |
| | | <input type="checkbox"/> Khác _____ | | |



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

★ Nếu quý vị cần cho chúng tôi biết về hơn bốn người có bảo hiểm y tế khác, **hãy tạo một bản sao của trang này** và nhớ gửi bản sao đó cùng đơn đăng ký của quý vị.

Cho chúng tôi biết về bảo hiểm y tế quý vị hiện có

Trả lời các câu hỏi này dành cho tất cả những người cần hỗ trợ thanh toán bảo hiểm y tế.

Chúng tôi cần biết liệu có bất kỳ người nào đang nộp đơn xin bảo hiểm y tế mà hiện đã có khoản bao trả hay không. Quý vị không phải cho chúng tôi biết về khoản bao trả mà không được coi là khoản bao trả thiết yếu tối thiểu. Ví dụ về các loại chương trình quý vị không phải cho chúng tôi biết gồm: Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe dành cho Người Da Đỏ, chương trình chăm sóc sức khỏe bộ tộc, chương trình chăm sóc sức khỏe dành cho người Da Đỏ thành thị, chương trình tiết kiệm linh hoạt, tài khoản tiết kiệm y tế hoặc bảo hiểm sẵn có tại quốc gia khác.

Chúng tôi cần biết xem có người nào hiện có bất kỳ loại bảo hiểm y tế nào sau đây hay không: COBRA, bảo hiểm do chủ sử dụng lao động tài trợ, Peace Corps, chương trình bảo hiểm y tế hưu trí, TRICARE/CHAMPUS, chương trình bảo hiểm y tế dành cho cựu chiến binh hoặc bảo hiểm y tế khác. Có người nào có bất kỳ bảo hiểm y tế nào trong số này hay không?

Có **Nếu có**, hãy điền vào trang này. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, đính kèm thêm tờ giấy khác.

Không **Nếu không**, chuyển tới trang 23.

Lưu ý: Nếu quý vị có bảo hiểm y tế tự nhân do quý vị tự mua, đánh dấu vào ô "Bảo hiểm y tế khác" trong mục "Loại nào?" trong bảng dưới đây.

Tên <i>Tên, tên đệm, họ, hậu tố (ví dụ: Jr., Sr., III, IV)</i>	Loại nào? <i>(chọn một phương án)</i>
<p>Người số 1: _____</p> <p>Người này có được cung cấp bảo hiểm y tế bao trả đầy đủ hợp túi tiền cho tháng Một năm 2014 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p><input type="checkbox"/> COBRA</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế do chủ sử dụng lao động tài trợ</p> <p><input type="checkbox"/> Peace Corps</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế khác</p> <p><input type="checkbox"/> Chương trình bảo hiểm y tế dành cho cựu chiến binh</p> <p><input type="checkbox"/> Retiree health plan</p> <p><input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS</p>
<p>Người số 2: _____</p> <p>Người này có được cung cấp bảo hiểm y tế bao trả đầy đủ hợp túi tiền cho tháng Một năm 2014 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p><input type="checkbox"/> COBRA</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế do chủ sử dụng lao động tài trợ</p> <p><input type="checkbox"/> Peace Corps</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế khác</p> <p><input type="checkbox"/> Chương trình bảo hiểm y tế dành cho cựu chiến binh</p> <p><input type="checkbox"/> Retiree health plan</p> <p><input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS</p>
<p>Người số 3: _____</p> <p>Người này có được cung cấp bảo hiểm y tế bao trả đầy đủ hợp túi tiền cho tháng Một năm 2014 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p><input type="checkbox"/> COBRA</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế do chủ sử dụng lao động tài trợ</p> <p><input type="checkbox"/> Peace Corps</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế khác</p> <p><input type="checkbox"/> Chương trình bảo hiểm y tế dành cho cựu chiến binh</p> <p><input type="checkbox"/> Retiree health plan</p> <p><input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS</p>
<p>Người số 4: _____</p> <p>Người này có được cung cấp bảo hiểm y tế bao trả đầy đủ hợp túi tiền cho tháng Một năm 2014 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p><input type="checkbox"/> COBRA</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế do chủ sử dụng lao động tài trợ</p> <p><input type="checkbox"/> Peace Corps</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm y tế khác</p> <p><input type="checkbox"/> Chương trình bảo hiểm y tế dành cho cựu chiến binh</p> <p><input type="checkbox"/> Retiree health plan</p> <p><input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS</p>

Tài Liệu Đính Kèm B xem tiếp trang sau 

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



Bảo hiểm y tế của chủ sử dụng lao động Trả lời những câu hỏi sau đây cho mọi cá nhân cần trợ giúp thanh toán bảo hiểm y tế.

★ Chúng tôi cần biết về bất kỳ bảo hiểm y tế nào quý vị có thể nhận được thông qua công việc của người nào đó. Quý vị có thể sử dụng Tài Liệu Đính Kèm C, Mẫu Bảo Hiểm của Chủ Sử Dụng Lao Động ở trang 24 để giúp quý vị hoàn thành mục này. Trả lời các câu hỏi này hoặc sử dụng Tài Liệu Đính Kèm C **chỉ** khi ai đó trong hộ gia đình quý vị đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế từ công việc của người nào đó.

Có bất kỳ ai trong đơn đăng ký này được nhận bảo hiểm y tế từ chủ sử dụng lao động không?

Đây có thể là từ công việc của người khác, như công việc của vợ/chồng hay cha mẹ. Bảo hiểm này cũng có thể bao gồm COBRA, TRICARE, các chương trình của chủ sử dụng lao động thuộc tiểu bang hoặc liên bang, các chương trình của chủ sử dụng lao động tư nhân hoặc các chương trình Peace Corps. Quý vị có thể có bảo hiểm y tế bổ sung mà quý vị **không** phải báo cáo cho chúng tôi. Sau đây là **các ví dụ** về khoản bao trả bổ sung (không được coi là khoản bao trả thiết yếu tối thiểu) mà quý vị không phải cho chúng tôi biết: chương trình tiết kiệm linh hoạt, tài khoản tiết kiệm y tế, bảo hiểm khuyết tật hoặc bảo hiểm sẵn có tại quốc gia khác.

- Có **Nếu có**, vui lòng trả lời các câu hỏi sau. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, đính kèm thêm tờ giấy khác.
- Không **Nếu không**, quay trở lại đơn đăng ký để tiếp tục.

Tên <i>Tên, tên đệm, họ, hậu tố</i> <i>(ví dụ: Jr., Sr., III, IV)</i>	Tên người sử dụng lao động <i>(tùy chọn)</i>	Người này:	Người này trả bao nhiêu phí bảo hiểm hàng tháng?	Chương trình bảo hiểm y tế này có đáp ứng giá trị tiêu chuẩn tối thiểu không*?
Người số 1:		<input type="checkbox"/> Hiện được ghi danh <input type="checkbox"/> Có kế hoạch ghi danh <i>Ngày bắt đầu _____</i> <input type="checkbox"/> Không ghi danh	\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tôi không biết
Người số 2:		<input type="checkbox"/> Hiện được ghi danh <input type="checkbox"/> Có kế hoạch ghi danh <i>Ngày bắt đầu _____</i> <input type="checkbox"/> Không ghi danh	\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tôi không biết
Người số 3:		<input type="checkbox"/> Hiện được ghi danh <input type="checkbox"/> Có kế hoạch ghi danh <i>Ngày bắt đầu _____</i> <input type="checkbox"/> Không ghi danh	\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tôi không biết
Người số 4:		<input type="checkbox"/> Hiện được ghi danh <input type="checkbox"/> Có kế hoạch ghi danh <i>Ngày bắt đầu _____</i> <input type="checkbox"/> Không ghi danh	\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tôi không biết

Chủ sử dụng lao động sẽ thực hiện thay đổi gì cho năm kế hoạch mới (nếu biết)?

- Chủ sử dụng lao động sẽ không cung cấp khoản bao trả bảo hiểm y tế.
- Chủ sử dụng lao động sẽ bắt đầu cung cấp khoản bao trả bảo hiểm y tế cho người lao động hoặc thay đổi phí bảo hiểm đối với chương trình chi phí thấp nhất chỉ sẵn có với người lao động đáp ứng được **tiêu chuẩn giá trị tối thiểu**.* (Phí bảo hiểm cần phản ánh được khoản chiết khấu cho các chương trình về sức khỏe.)

Người lao động sẽ phải trả phí bảo hiểm bao nhiêu cho chương trình đó? \$ _____

Mức độ thường xuyên?

- Hàng tuần 2 tuần một lần Hai lần mỗi tháng
- Hàng tháng Hàng quý Hàng năm

Ngày thay đổi _____

***Tiêu chuẩn giá trị tối thiểu** có nghĩa là chương trình sẽ trả ít nhất 60% tổng chi phí phúc lợi chương trình cung cấp cho người lao động. (Mục 36B(c)(2)(C)(ii) của Bộ Luật Thuế Vụ năm 1986)



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



Mẫu này chỉ cần thiết cho những người đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế thông qua công việc.

Mẫu này không cần thiết đối với một số chương trình bảo hiểm y tế được cung cấp thông qua Covered California, trong đó có Medi-Cal. Nếu quý vị không chắc chắn có cần sử dụng mẫu này hay không, hãy gọi cho Covered California để hỏi: **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Nếu quý vị nghĩ quý vị đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal, quý vị không cần điền vào mẫu này. Để xem quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal hoặc hỗ trợ phí bảo hiểm hay không, xem Tài Liệu Đính Kèm F trên trang 28.

Nếu quý vị có nhiều công việc cung cấp khoản bao trả bảo hiểm y tế, hãy sử dụng mẫu riêng biệt cho từng chủ sử dụng lao động.

► **Thông tin người lao động** Quý vị cần điền vào mục này.

- ★ Điền tên và số An Sinh Xã Hội (SSN) của quý vị (*tùy chọn*). Sau đó tạo bản sao của trang này hoặc đưa đơn đăng ký tới cho chủ sử dụng lao động của quý vị. Yêu cầu chủ sử dụng lao động của quý vị điền phần còn lại của trang. Nếu quý vị sao chép trang này, hãy chắc chắn gửi nó kèm đơn đăng ký của quý vị.

Người lao động: Tên	Tên đệm	Họ	Hậu tố	Số An Sinh Xã Hội (SSN) (<i>tùy chọn</i>)
				____ - ____ - ____

► **Thông tin về chủ sử dụng lao động** Hãy hỏi chủ sử dụng lao động để biết thông tin này

- ★ **Lưu ý cho chủ sử dụng lao động:** Để hoàn thành đơn đăng ký của Covered California, chúng tôi cần biết về bảo hiểm y tế mà người lao động hoặc người phụ thuộc có thể nhận được từ quý vị. Vui lòng hoàn tất thông tin dưới đây, ngay cả khi công ty của quý vị không cung cấp bảo hiểm y tế.

Tên người sử dụng lao động		Số Nhận Dạng Chủ Sử Dụng Lao Động (EIN)
		____ - ____ - ____
Địa Chỉ của Chủ Sử Dụng Lao Động		Số Điện Thoại của Chủ Sử Dụng Lao Động
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Chúng tôi có thể liên hệ với ai về khoản bao trả bảo hiểm y tế của người lao động với công việc này?		
Số điện thoại	Địa chỉ email	

- Chúng tôi không cung cấp bảo hiểm y tế. Người lao động này không đủ tiêu chuẩn nhận khoản bao trả theo chương trình của chúng tôi.
 Người lao động này đủ tiêu chuẩn nhận khoản bao trả theo chương trình của chúng tôi bắt đầu vào ngày _____ (*ngày bắt đầu*).

<p>Tên của chương trình bảo hiểm y tế chi phí thấp nhất, chỉ dành cho bản thân mà người lao động này có thể ghi danh với công việc này là gì? Chỉ xem xét các chương trình đáp ứng giá trị tiêu chuẩn tối thiểu* theo quy định của Đạo Luật Bảo Vệ Bệnh Nhân và Chăm Sóc Sức Khỏe Giá Cả Phải Chăng của Liên Bang 2010. Nếu quý vị không chắc chắn, hãy hỏi nhà cung cấp bảo hiểm y tế của quý vị. Tên: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không chương trình nào đáp ứng giá trị tiêu chuẩn tối thiểu.*</p>	<p>Người lao động sẽ phải trả bao nhiêu phí bảo hiểm cho chi phí thấp nhất? \$ _____</p> <p>Mức độ thường xuyên?</p> <p><input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần mỗi tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng quý <input type="checkbox"/> Hàng năm <input type="checkbox"/> Khác _____</p>
<p>Quý vị sẽ thay đổi như thế nào cho năm chương trình mới (nếu có)?</p> <p><input type="checkbox"/> Chúng tôi sẽ không cung cấp khoản bao trả bảo hiểm y tế. <input type="checkbox"/> Chúng tôi sẽ bắt đầu cung cấp khoản bao trả bảo hiểm y tế cho những người lao động hoặc thay đổi mức phí bảo hiểm đối với chương trình chi phí thấp nhất chỉ sẵn có cho người lao động đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.* (Mức phí bảo hiểm cần phản ánh khoản chiết khấu dành cho các chương trình về sức khỏe.)</p>	<p>Người lao động sẽ phải trả phí bảo hiểm bao nhiêu cho chương trình đó? \$ _____</p> <p>Mức độ thường xuyên?</p> <p><input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần mỗi tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng quý <input type="checkbox"/> Hàng năm</p> <p>Ngày thay đổi _____</p>

***Tiêu chuẩn giá trị tối thiểu** có nghĩa là chương trình sẽ trả ít nhất 60% tổng chi phí phúc lợi chương trình cung cấp cho người lao động. (Mục 36B(c)(2) (C)(ii) của Bộ Luật Thuế Vụ năm 1986)

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



★ Nếu quý vị muốn cho chúng tôi biết về hơn bốn người muốn lựa chọn chương trình nha khoa dành cho trẻ em hoặc chương trình bảo hiểm y tế, **hãy tạo bản sao của trang này và trang sau** và hãy nhớ gửi chúng đi kèm đơn đăng ký của quý vị.

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đủ tiêu chuẩn để nhận khoản hỗ trợ phí bảo hiểm, hãy viết tên hoặc hạng kim loại của các chương trình nha khoa dành cho trẻ em hoặc các chương trình bảo hiểm y tế quý vị muốn tham gia xuống dưới đây. Để tìm hiểu thêm về các chương trình tư nhân do Covered California cung cấp, quý vị vui lòng truy cập trang web **CoveredCA.com** hoặc gọi điện đến số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal, hãy viết tên của chương trình bảo hiểm y tế quý vị muốn tham gia xuống dưới đây. Để tìm hiểu thêm về các chương trình Medi-Cal sẵn có ở quốc gia của quý vị hoặc để thay đổi chương trình mà quý vị đã từng ghi danh tham gia, quý vị hãy gọi điện thoại đến văn phòng Các Tùy Chọn Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe theo số điện thoại **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077) hoặc truy cập trang web **healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

Để xem quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal hoặc khoản hỗ trợ phí bảo hiểm hay không, xin mời quý vị xem Tài Liệu Đính Kèm F.

► **Hãy lựa chọn chương trình nha khoa dành cho trẻ em của Covered California chỉ dành cho trẻ từ 18 tuổi trở xuống**

Tên Tên, tên đệm, họ, hậu tố (ví dụ: Jr., Sr., III, IV)	Tên chương trình nha khoa dành cho trẻ em	Mức bảo trả	Loại chương trình
Trẻ 1:		<input type="checkbox"/> Cao <input type="checkbox"/> Thấp	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
Trẻ 2:		<input type="checkbox"/> Cao <input type="checkbox"/> Thấp	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
Trẻ 3:		<input type="checkbox"/> Cao <input type="checkbox"/> Thấp	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
Trẻ 4:		<input type="checkbox"/> Cao <input type="checkbox"/> Thấp	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO

DEPO—Tổ Chức Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Nha Khoa Độc Quyền; DHMO—Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe Nha Khoa; DPPO—Tổ Chức Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Nha Khoa Ưu Tiên

► **Chọn chương trình bảo hiểm y tế của quý vị**

Các chương trình của Medi-Cal và Covered California		Chỉ các chương trình của Covered California		
Tên Tên, tên đệm, họ, hậu tố (ví dụ: Jr., Sr., III, IV)	Tên chương trình bảo hiểm y tế	Hạng kim loại	Số kim loại	Loại chương trình
Người số 1:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Chương trình khoản bao trả tối thiểu		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Người số 2:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Chương trình khoản bao trả tối thiểu		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Người số 3:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Chương trình khoản bao trả tối thiểu		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
Người số 4:		<input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Chương trình khoản bao trả tối thiểu		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

EPO—Tổ Chức Nhà Cung Cấp Độc Quyền; HMO—Tổ Chức Duy Trì Sức Khỏe; HSA—Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế (loại chương trình này cho phép các thành viên mở và đóng tiền vào một Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế); PPO—Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên

Để hoàn thành phần lựa chọn chương trình, tất cả các cá nhân từ 18 tuổi trở lên đang lựa chọn một chương trình bảo hiểm y tế phải đồng ý và ký vào bản thỏa thuận tài ở trang sau.

Tài Liệu Đính Kèm D xem tiếp trang sau 



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

Thỏa Thuận Trọng Tài Ràng Buộc

► **Dành cho mỗi người lựa chọn một chương trình của Covered California:**

Tôi hiểu rằng mỗi chương trình bảo hiểm y tế tham gia có những quy tắc riêng để giải quyết các tranh chấp hoặc khiếu nại, bao gồm nhưng không giới hạn ở bất kỳ khiếu nại nào từ tôi, những người phụ thuộc đã được ghi danh, những người thừa kế hoặc những đại diện được ủy quyền của tôi đối với một chương trình bảo hiểm y tế, bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đã ký hợp đồng, các nhà quản lý hoặc các bên có liên quan khác, về tư cách hội viên trong chương trình bảo hiểm y tế đó, khoản bao trả đối với, hoặc sự phân phối của, các dịch vụ hoặc các hạng mục, sơ xuất y tế hoặc bệnh viện (khiếu nại rằng các dịch vụ y tế là không cần thiết hoặc không được ủy quyền hoặc được thực hiện không đúng cách, bất cần hoặc không đủ năng lực) hoặc trách nhiệm pháp lý tài sản.

Tôi hiểu rằng nếu tôi lựa chọn một chương trình bảo hiểm y tế yêu cầu có trọng tài ràng buộc để giải quyết các tranh chấp, thì tôi chấp nhận và đồng ý sử dụng trọng tài ràng buộc đó để giải quyết các tranh chấp hoặc khiếu nại (ngoại trừ các trường hợp Tòa Án Giải Quyết Khiếu Nại Nhỏ và các khiếu nại mà không thể tuân theo trọng tài ràng buộc theo luật pháp chi phối) và từ bỏ quyền được xét xử theo bồi thẩm đoàn và không được giải quyết tranh chấp tại tòa, ngoại trừ trường hợp luật áp dụng quy định về thẩm định pháp lý quá trình trọng tài phân xử. Tôi hiểu rằng điều khoản trọng tài đầy đủ đối với mỗi chương trình bảo hiểm y tế tham gia, nếu có, nằm trong tài liệu về khoản bao trả của chương trình bảo hiểm y tế, sẵn có trực tuyến tại trang web **CoveredCA.com** để tôi có thể xem lại hoặc tôi có thể gọi điện đến Covered California theo số điện thoại **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500) để biết thêm thông tin.

► **Dành cho mỗi người lựa chọn chương trình bảo hiểm y tế Kaiser Medi-Cal:**

Thông báo về trọng tài ràng buộc: Tôi đã đọc bản mô tả chương trình. Tôi hiểu rằng Kaiser yêu cầu sử dụng trọng tài trung lập ràng buộc để giải quyết một số tranh chấp. Bao gồm các tranh chấp về việc liệu việc điều trị y tế phù hợp có được cung cấp hay không (được gọi là sơ xuất y tế) và các tranh chấp khác liên quan đến các phúc lợi hoặc việc cung ứng dịch vụ, bao gồm về việc liệu bất kỳ dịch vụ y tế nào được cung cấp có là không cần thiết hoặc không được ủy quyền không, hay có được thực hiện không đúng cách, bất cần hoặc không đủ năng lực không. Nếu tôi chọn Kaiser là chương trình bảo hiểm y tế Medi-Cal của tôi, tôi từ bỏ quyền được xét xử theo bồi thẩm đoàn hoặc tòa án đối với những tranh chấp nhất định đó. Tôi cũng đồng ý sử dụng trọng tài trung lập ràng buộc để giải quyết những tranh chấp nhất định đó. Tôi không từ bỏ quyền yêu cầu phiên điều trần của tiểu bang về bất cứ vấn đề nào, tuân theo quy trình điều trần của tiểu bang.

► **Chữ ký của người ghi danh dành cho tất cả các chương trình**

Chữ ký của Người số 1 hoặc bên có trách nhiệm hoặc đại diện được ủy quyền cho Người thứ 1, nếu ít nhất 18 tuổi ▶	Ngày
Chữ ký của Người số 2 hoặc bên có trách nhiệm hoặc đại diện được ủy quyền cho Người thứ 2, nếu ít nhất 18 tuổi ▶	Ngày
Chữ ký của Người số 3 hoặc bên có trách nhiệm hoặc đại diện được ủy quyền cho Người thứ 3, nếu ít nhất 18 tuổi ▶	Ngày
Chữ ký của Người số 4 hoặc bên có trách nhiệm hoặc đại diện được ủy quyền cho Người thứ 4, nếu ít nhất 18 tuổi ▶	Ngày



Tình trạng nhập cư

Sử dụng danh sách này đối với "Nộp đơn đăng ký tham gia bảo hiểm y tế"

Nếu quý vị có một trong số những tình trạng nhập cư sau, quý vị **có thể đủ tiêu chuẩn để nhận bảo hiểm y tế**:

- Thường Trú Nhân Hợp Pháp (LPR/Người có thẻ xanh)
- Tạm Trú Nhân Hợp Pháp (LTR)
- Người lánh nạn
- Người tị nạn
- Người Cuba/Haiti Nhập Cư
- Được tạm tha vào
- Được phép nhập cư có điều kiện trước năm 1980
- Vợ/chồng, con cái hoặc cha mẹ bị hành hạ
- Nạn nhân của nạn buôn người và vợ/chồng, con cái, anh chị em ruột hoặc cha mẹ của người đó
- Cá nhân có tình trạng không phải di dân (bao gồm thị thực làm việc, thị thực sinh viên và cư dân Micronesia, Quần Đảo Marshall và Palau)
- Tình trạng được bảo vệ tạm thời (TPS) hoặc người nộp đơn xin Tình Trạng Được Bảo Vệ Tạm Thời (TPS)
- Hoãn Thi Hành Trục Xuất (DED)
- Tình trạng hoãn hành động *Lưu ý: Nếu quý vị là một cá nhân có tình trạng hoãn hành động đang được Bộ An Ninh Nội Địa tiến hành trì hoãn hành động trục xuất đối với trường hợp nhập cư khi còn nhỏ (DACA), quý vị không được coi là hiện diện hợp pháp.*
- Được phép tạm hoãn trục xuất hoặc tạm hoãn phát vãng theo luật di trú hoặc theo Công Ước chống Tra Tấn (CAT)
- Người nộp đơn xin tạm hoãn trục xuất hoặc tạm hoãn phát vãng theo luật di trú hoặc theo Công Ước chống Tra Tấn (CAT)
- Người nộp đơn xin tình trạng di trú đặc biệt cho vị thành niên
- Người nộp đơn xin điều chỉnh tình trạng LPR, có đơn xin thị thực đã được phê duyệt
- Người nộp đơn xin tị nạn
- Những người nộp đơn xin đăng ký hộ tịch có Tài Liệu Giấy Phép Lao Động (EAD)
- Lệnh giám sát (có EAD)
- Người nộp đơn xin hủy trục xuất hoặc đình chỉ trục xuất (có EAD)

Nếu tình trạng nhập cư của quý vị không thuộc tình trạng nào ở trên, quý vị vẫn có thể đủ điều kiện để nhận bảo hiểm y tế và quý vị vẫn nên nộp đơn đăng ký.

Tự Kinh Doanh

Sử dụng danh sách này đối với phần "Quý vị có tự kinh doanh không?"

Quý vị có thể lấy tổng thu nhập trừ đi các mục dưới đây để tìm thu nhập ròng tự kinh doanh. Hãy xem "Hướng Dẫn cho Biểu C" tại trang web irs.gov để biết thêm thông tin.

- Chi phí xe hơi hoặc xe tải (để đi lại trong ngày làm việc, không phải đi lại nói chung)
- Khấu hao
- Lương của người lao động và các phúc lợi phụ
- Bảo hiểm tài sản, bảo hiểm trách nhiệm hoặc bảo hiểm gián đoạn kinh doanh
- Lãi (ví dụ như lãi thế chấp trả cho ngân hàng)
- Dịch vụ pháp lý và dịch vụ chuyên môn
- Thuê hoặc cho thuê bất động sản và tiện ích ngắn hạn hoặc dài hạn
- Các khoản tiền hoa hồng, thuế, giấy phép và phí
- Quảng cáo
- Lao động hợp đồng
- Sửa chữa và bảo trì
- Một số chi phí công tác và ăn uống

Ví dụ về khoản thu nhập khác

Sử dụng danh sách này đối với phần "Quý vị có thu nhập khác không?"

- Phúc lợi thất nghiệp
- Phúc lợi An Sinh Xã Hội
- Thu nhập hưu trí hoặc nghỉ làm
- Thu nhập từ tiền thuê hoặc tiền bản quyền
- Tiền cấp dưỡng nhận được
- Thu nhập từ đầu tư
- Lãi vốn
- Thu nhập từ canh tác hoặc đánh bắt cá
- Nợ đã hủy
- Phán quyết của tòa án
- Lương bồi thẩm
- Khác

Khoản Khấu Trừ

Sử dụng danh sách này đối với phần "Quý vị có khoản khấu trừ không?"

- Một số chi phí tự kinh doanh
- Khoản khấu trừ lãi suất cho vay sinh viên
- Học phí và các loại phí
- Chi phí giáo dục
- Khoản đóng góp IRA
- Chi phí di chuyển
- Khoản phạt do rút khoản tiết kiệm sớm
- Khoản khấu trừ tài khoản tiết kiệm y tế
- Thanh toán tiền trợ cấp cho vợ
- Khoản khấu trừ từ các hoạt động sản xuất nội địa
- Một số chi phí kinh doanh của lực lượng dự bị, nghệ sĩ biểu diễn và các viên chức chính phủ có thu phí



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm CoveredCA.com.

► **Hãy ước tính loại bảo hiểm y tế nào mà quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận trong năm 2014.**

Số người trong gia đình quý vị	Nếu thu nhập hàng năm của hộ gia đình quý vị thấp hơn:	Nếu thu nhập hàng năm của hộ gia đình quý vị vào khoảng:
1	\$15.860*	\$15.860 – \$45.960
2	\$21.400	\$21.400 – \$62.040
3	\$26.950	\$26.950 – \$78.120
4	\$32.500	\$32.500 – \$94.200
5	\$38.050	\$38.050 – \$110.280



Thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal.



Quý vị có thể đủ điều kiện nhận bảo hiểm có hỗ trợ tài chính thông qua Covered California.

**Số tiền thu nhập hộ gia đình hàng năm này chỉ là con số ước tính và dựa trên dữ liệu thu nhập của năm 2013.*

Nếu quý vị đã có khoản bảo hiểm với giá cả phải chăng từ chủ sử dụng lao động của quý vị hoặc một chương trình của chính phủ như Medicare hay Medicaid, quý vị sẽ không đủ điều kiện để tham gia các chương trình bảo hiểm y tế của Covered California.

★ Nếu quý vị có con hoặc đang mang thai, quý vị có thể có thu nhập cao hơn và quý vị vẫn có thể đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm không mất phí hoặc chi phí thấp thông qua Medi-Cal hoặc AIM. Nếu quý vị đang mang thai, quý vị và (những) đứa con dự sinh của quý vị được tính là những người riêng biệt đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal và được tính là một người được hỗ trợ tài chính thông qua Covered California.



Các Câu Hỏi Thường Gặp (FAQ)

Nhận trợ giúp thông qua Covered California

1. Covered California là gì?

Covered California là một thị trường mới tạo điều kiện cho các cá nhân và các gia đình nhận được bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp thông qua Medi-Cal hoặc được hỗ trợ chi trả cho bảo hiểm y tế tư nhân có sẵn thông qua Covered California.

Mục tiêu của chúng tôi đó là tạo điều kiện cho người dân California có thể nhận được bảo hiểm y tế đơn giản và có giá cả phải chăng. Covered California là một công ty thuộc the Thị Trường Giao Dịch Phúc Lợi Y Tế California và Sở Dịch Vụ Y Tế California.

2. Medi-Cal là gì?

Medi-Cal là phiên bản chương trình Medicaid liên bang của California. Đây là chương trình bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp dành cho những người dân của California có đủ tiêu chuẩn.

3. Chương trình Access for Infants and Mothers (AIM) là gì?

AIM là một chương trình bảo hiểm y tế chi phí thấp dành cho những người phụ nữ mang thai không có bảo hiểm y tế và những người có thu nhập quá cao đối với chương trình Medi-Cal miễn phí. AIM cũng dành cho những phụ nữ đã có những chương trình bảo hiểm y tế tư nhân có khoản khấu trừ hoặc đồng thanh toán chỉ dành cho phụ nữ mang thai lớn hơn \$500.

4. Covered California có thể giúp tôi như thế nào?

Covered California có thể giúp quý vị chọn một chương trình bảo hiểm y tế tư nhân mà đáp ứng được các nhu cầu về sức khỏe và ngân sách của quý vị. Chúng tôi cung cấp một số chương trình bảo hiểm y tế được ưa chuộng nhất của tiểu bang, cũng như một số chương trình của địa phương hoặc khu vực.

Chúng tôi có thể giải thích rõ ràng về các chi phí và phúc lợi trong các chương trình bảo hiểm y tế, vì thế quý vị có thể so sánh các lựa chọn khác nhau dành cho quý vị. Quý vị sẽ biết chính xác quý vị sẽ nhận được những gì và quý vị phải trả bao nhiêu tiền trước khi quý vị chọn chương trình cho mình.

5. Tôi có thể nhận được bảo hiểm y tế ngay cả khi thu nhập của tôi quá cao không?

Có. Bất cứ người dân California nào có đủ tiêu chuẩn có thể mua bảo hiểm y tế tư nhân thông qua Covered California bất kể thu nhập của họ là bao nhiêu. Chúng tôi sử dụng thu nhập của quý vị để giúp chúng tôi tìm được loại bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng nhất phù hợp cho gia đình quý vị.

6. Loại bảo hiểm y tế nào được cung cấp thông qua Covered California?

Quý vị sẽ có một loạt các chương trình bảo hiểm y tế để lựa chọn. Các công ty bảo hiểm y tế **không thể từ chối bao trả cho quý vị bởi vì** quý vị đã bị ốm trước đó hoặc không thể nhận được khoản bao trả.

Covered California cung cấp bốn nhóm chương trình bảo hiểm y tế tư nhân: platinum, gold, silver and bronze, cộng với một chương trình bao trả tối thiểu.

Mỗi nhóm cung cấp một mức bao trả khác nhau, từ cao đến thấp. Các chương trình bảo hiểm y tế bao trả nhiều chi phí y tế hơn thường có phí bảo hiểm cao hơn, nhưng cho phép quý vị trả ít hơn khi quý vị nhận chăm sóc y tế.

Các chương trình nhóm platinum có mức phí bảo hiểm cao nhất, nhưng các chương trình này chỉ trả khoảng 90% các chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị. Các chương trình nhóm gold chỉ trả khoảng 80%, và các chương trình nhóm silver chỉ trả khoảng 70% các chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị. Các chương trình nhóm bronze có mức phí bảo hiểm thấp nhất nhưng chỉ trả khoảng 60% các chi phí y tế được bao trả. Để tìm hiểu thêm về các gói phúc lợi đầy đủ sẵn có, quý vị vui lòng truy cập trang web **CoveredCA.com** và xem lại các tài liệu về chương trình, chẳng hạn như Chứng Thư Bảo Hiểm của chương trình hoặc chính sách bảo hiểm của chương trình. Hay gọi cho chúng tôi theo số điện thoại **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal, khoản bao trả và các chi phí là khác nhau và có thể miễn phí cho quý vị.

7. Tôi có thể có bảo hiểm y tế thông qua Covered California hay không?

Bất cứ người dân California nào có thể có bảo hiểm y tế thông qua Covered California nếu họ là cư dân tiểu bang và đáp ứng các yêu cầu khác.

Người nộp đơn có thể đủ tiêu chuẩn tham gia vào chương trình bảo hiểm y tế miễn phí hoặc có chi phí thấp hoặc được hỗ trợ tài chính để làm giảm mức phí bảo hiểm và các khoản đồng thanh toán. Khoản tiền hỗ trợ tài chính dựa trên quy mô hộ gia đình và thu nhập của gia đình. Những người nộp đơn đủ tiêu chuẩn nếu thu nhập của họ đáp ứng được các giới hạn về thu nhập.

8. Chi phí là bao nhiêu?

Chi phí phụ thuộc vào việc quý vị đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình bảo hiểm y tế nào và nhận được hỗ trợ tài chính nào, cũng như quý vị lựa chọn chương trình nào. Quý vị có thể sử dụng công cụ tính toán chi phí tại **CoveredCA.com** để biết chi phí và xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn được trợ giúp trả phí bảo hiểm hay không.

Các Câu Hỏi Thường Gặp xem tiếp trang sau 

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



Các Câu Hỏi Thường Gặp (tiếp)

Nhận trợ giúp thông qua Covered California (tiếp)

9. Tôi có nên gửi kèm cả khoản thanh toán phí bảo hiểm đầu tiên của tôi với đơn đăng ký này không?

Không, quý vị không nên gửi khoản thanh toán đầu tiên của mình với đơn đăng ký này. Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn với số tiền quý vị nợ.

10. Tôi có thể nộp đơn đăng ký bằng cách nào?

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế thông qua Covered California theo những cách sau:

- **Trực tuyến:** Hãy ghé thăm **CoveredCA.com**. Chúng tôi cung cấp thông tin về mỗi chương trình bảo hiểm y tế, được giải thích bằng các thuật ngữ rõ ràng và đơn giản.
- **Qua điện thoại:** Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí!
- **Bằng fax:** Hãy gửi đơn đăng ký của quý vị bằng fax vào số **1-888-329-3700**.
- **Bằng thư:** Hãy gửi đơn đăng ký Covered California qua đường bưu điện đến địa chỉ:
Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- **Gặp trực tiếp:** Chúng tôi đã đào tạo các Tư Vấn Viên Đăng Ký Đã Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Đã Được Chứng Nhận để có thể giúp quý vị. Hoặc quý vị có thể ghé thăm văn phòng dịch vụ xã hội của hạt quý vị. Trợ giúp miễn phí! Để có danh sách các địa điểm gần nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc, hãy ghé thăm **CoveredCA.com** hoặc gọi đến số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).

11. Tôi hiện đang ghi danh nhận Medi-Cal. Liệu tôi có thể nhận bảo hiểm y tế thông qua Covered California không?

Nếu thu nhập của quý vị có thay đổi trong năm hoặc tại thời điểm gia hạn hàng năm của quý vị, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế và hỗ trợ phí bảo hiểm khác thông qua Covered California.

12. Nếu tôi đã có bảo hiểm y tế rồi thì sao?

Nếu quý vị đã nhận được bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng từ chủ sử dụng lao động của quý vị, thì quý vị không cần phải làm gì cả. Nhưng quý vị vẫn có thể nộp đơn đăng ký dưới bất cứ hình thức nào để kiểm tra xem quý vị hoặc những thành viên trong gia đình của quý vị có đủ tiêu chuẩn tham gia bảo hiểm y tế miễn phí hoặc chi phí thấp hay không.

Nếu quý vị nộp đơn đăng ký, hãy nhớ điền đầy đủ vào Tài Liệu Đính Kèm B và gửi tài liệu đính kèm này kèm theo đơn đăng ký của quý vị.

13. Liệu tôi có cần có bảo hiểm y tế nữa không khi hiện tại chương trình cải cách y tế đã bắt đầu được áp dụng?

Bắt đầu vào tháng 1 năm 2014, hầu hết mọi người, bao gồm cả trẻ em, sẽ được yêu cầu có bảo hiểm y tế hoặc phải chịu phạt thuế. Khoản bao trả có thể bao gồm bảo hiểm thông qua công việc của quý vị, khoản bao trả do chính quý vị mua, Medicare hoặc Medi-Cal.

Nhưng một số người lại được miễn trừ khỏi trường hợp phải có bảo hiểm y tế. Những người đó bao gồm, nhưng không giới hạn ở các thành viên của các giáo phái tôn giáo được liên bang công nhận hoặc các phe phái có tín ngưỡng tôn giáo phản đối việc chấp nhận các phúc lợi từ một chương trình bảo hiểm y tế, những người đang bị giam giữ, những người là thành viên của bộ tộc Alaska Bản Địa hoặc Mỹ Bản Địa được liên bang công nhận và những người phải trả hơn 8% thu nhập của họ cho bảo hiểm y tế, sau khi có tính đến bất kỳ khoản đóng góp nào hoặc khoản hỗ trợ phí bảo hiểm nào của chủ sử dụng lao động.

Vào năm 2014, mức phạt sẽ là 1% thu nhập hàng năm hoặc \$95, tùy theo cái nào lớn hơn. Mức phạt sẽ tăng lên mỗi năm. Tính đến năm 2016, mức phạt sẽ là 2,5% thu nhập hàng năm hoặc \$695, tùy theo cái nào lớn hơn. Sau năm 2016, mức phạt thuế sẽ tăng từng năm dựa trên sự điều chỉnh chi phí sinh hoạt.

Để biết thêm thông tin về các mức phạt, quý vị vui lòng truy cập trang web **CoveredCA.com** hoặc gọi điện đến văn phòng dịch vụ xã hội của hạt ở địa phương của quý vị hoặc Covered California.

14. Tôi không có tất cả các thông tin tôi cần để trả lời các câu hỏi trên đơn đăng ký. Tôi nên làm gì?

Nếu quý vị không có tất cả các thông tin, thì quý vị vẫn ký và nộp đơn đăng ký. Chúng tôi sẽ gọi điện thoại cho quý vị để cho quý vị biết cần phải làm gì trong vòng 10 đến 15 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký của quý vị. Nếu quý vị không nhận được thông tin từ chúng tôi, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).

15. Điều gì xảy ra sau khi tôi nộp đơn đăng ký?

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư trong vòng 45 ngày để cho quý vị biết quý vị và các thành viên trong gia đình quý vị đủ tiêu chuẩn để tham gia chương trình nào. Nếu quý vị không nhận được thông tin từ chúng tôi, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).

Các Câu Hỏi Thường Gặp xem tiếp trang sau



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



Nhận trợ giúp thông qua Covered California (tiếp)

16. Tôi có thể nhận được trợ giúp khi nộp đơn đăng ký hay khi lựa chọn một chương trình nào đó không?

Có! Quý vị sẽ được trợ giúp miễn phí. Các Tư Vấn Viên Đăng Ký Đã Được Chứng Nhận và Các Đại Lý Bảo Hiểm Đã Được Chứng Nhận được bố trí sẵn sàng trong các cộng đồng trên khắp tiểu bang sẽ cung cấp cho quý vị các thông tin về các lựa chọn chương trình bảo hiểm y tế mới và giúp quý vị nộp đơn đăng ký. Quý vị cũng có thể được hỗ trợ khi đến văn phòng dịch vụ xã hội của hạt quý vị. Quý vị có thể được hỗ trợ bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.

Được hỗ trợ khi nộp đơn đăng ký hoặc khi lựa chọn chương trình:

- **Trực tuyến:** Hãy ghé thăm **CoveredCA.com**. Chúng tôi cung cấp thông tin về mỗi chương trình bảo hiểm y tế, được giải thích bằng các thuật ngữ rõ ràng và đơn giản.
- **Qua điện thoại:** Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí!
- **Gặp trực tiếp:** Chúng tôi đã đào tạo các Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận để có thể giúp quý vị. Hoặc quý vị có thể ghé thăm văn phòng dịch vụ xã hội của hạt quý vị. Trợ giúp miễn phí! Để có danh sách các địa điểm gần nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc, hãy ghé thăm **CoveredCA.com** hoặc gọi đến số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).

17. Tôi có thể lựa chọn chương trình bảo hiểm y tế bằng cách nào?

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình bảo hiểm y tế tư nhân thông qua Covered California, quý vị có thể truy cập trang web **CoveredCA.com** để dễ dàng mua và so sánh các chương trình bảo hiểm y tế.

Các tờ thông tin về chương trình bảo hiểm y tế của Covered California cũng được cung cấp sẵn cho quý vị. Covered California sẽ cung cấp các lựa chọn về các chương trình bảo hiểm y tế tư nhân và các chương trình Medi-Cal. Quý vị có thể chọn mức bao trả phù hợp nhất với các nhu cầu sức khỏe và ngân sách của mình.

- Quý vị có thể chọn trả chi phí hàng tháng cao hơn (gọi là phí bảo hiểm) để quý vị trả chi phí tự trả thấp hơn khi quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế.
- Hoặc là quý vị có thể chọn trả chi phí hàng tháng thấp hơn nhưng trả chi phí tự trả nhiều hơn khi quý vị cần dịch vụ chăm sóc y tế.

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận Medi-Cal, thì khoản bao trả và các chi phí là khác nhau và thậm chí có thể miễn phí. Để tìm hiểu thêm về các chương trình Medi-Cal sẵn có ở quốc gia của quý vị, hãy gọi điện đến văn phòng Các Tùy Chọn Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe theo số **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077). Hoặc truy cập vào trang web **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

Hỗ trợ tài chính

18. Tôi không kiếm được nhiều tiền. Những chương trình nào sẵn có có thể giúp tôi nhận được bảo hiểm y tế?

Bắt đầu từ tháng 1 năm 2014, những người cần có bảo hiểm y tế có thể nhận được trợ giúp theo một trong những cách sau:

A. Hỗ trợ phí bảo hiểm hàng tháng. Hỗ trợ phí bảo hiểm sẵn có nhằm tạo ra bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng. Những người đủ tiêu chuẩn nhận được khoản hỗ trợ phí bảo hiểm có thể nhận khoản hỗ trợ đó trước (trước khi họ nộp thuế) để giảm mức phí bảo hiểm hàng tháng của họ. Hoặc họ có thể nhận khoản hỗ trợ đó vào cuối năm và trả thuế ít hơn.

Số tiền hỗ trợ phí bảo hiểm hàng tháng phụ thuộc vào quy mô hộ gia đình và thu nhập gia đình của quý vị.

B. Medi-Cal: Medi-Cal là chương trình Medicaid của California, để nộp thuế tiểu bang và liên bang. Đó là loại bảo hiểm y tế dành cho các cư dân California có thu nhập thấp đáp ứng được một số yêu cầu.

Nếu thu nhập của quý vị nằm trong giới hạn của Medi-Cal đối với quy mô gia đình của quý vị, quý vị sẽ nhận được khoản bao trả miễn phí của Medi-Cal.

19. Nếu thu nhập của tôi thay đổi, khoản hỗ trợ phí bảo hiểm của tôi có thay đổi ngay lập tức không?

Không, khoản hỗ trợ phí bảo hiểm của quý vị sẽ không thay đổi ngay lập tức. Chúng tôi sẽ xử lý bất cứ thông tin mới nào mà chúng tôi có. Và chúng tôi sẽ cho quý vị biết số tiền thay đổi trong khoản hỗ trợ phí bảo hiểm.

20. Nếu thu nhập của tôi thay đổi, thì sự thay đổi đó sẽ ảnh hưởng đến tôi như thế nào khi tôi nộp thuế?

Điều quan trọng là quý vị cần phải báo cáo về các thay đổi thu nhập cho Covered California mà có tác động đến khoản hỗ trợ phí bảo hiểm (hoặc các khoản giảm thuế) mà quý vị nhận được. Nếu thu nhập của quý vị giảm, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận khoản hỗ trợ phí bảo hiểm cao hơn và thậm chí giảm các chi phí tự trả của quý vị nhiều hơn. Tuy nhiên, nếu thu nhập của quý vị tăng, quý vị có thể nhận quá nhiều khoản hỗ trợ phí bảo hiểm và có thể được yêu cầu hoàn trả lại một ít trong số đó khi quý vị nộp thuế trong năm phúc lợi đó.

Các Câu Hỏi Thường Gặp xem tiếp trang sau 



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.

Các Câu Hỏi Thường Gặp (tiếp)

Hỗ trợ tài chính (tiếp)

21. Nếu tôi không nộp thuế vào năm ngoái thì sao?

Nếu quý vị không nộp thuế vào năm ngoái, quý vị vẫn có thể nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế và nhận được khoản hỗ trợ phí bảo hiểm. Chúng tôi sẽ sử dụng thu nhập của quý vị để giúp chúng tôi tìm ra loại bảo hiểm y tế có giá cả phải chăng nhất phù hợp với quý vị và gia đình của quý vị.

Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn nhận được khoản hỗ trợ phí bảo hiểm, quý vị phải nộp thuế cho năm phúc lợi đó.

22. Nếu thu nhập của tôi thay đổi sau khi tôi nộp đơn đăng ký thì sao?

Nếu thu nhập của quý vị thay đổi, thì điều đó có thể làm thay đổi loại bảo hiểm y tế mà quý vị đủ tiêu chuẩn nhận.

Nếu quý vị có loại bảo hiểm y tế tư nhân thông qua Covered California, hãy gọi điện để báo cáo bất kỳ thay đổi nào về thu nhập của quý vị mà có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện của quý vị trong vòng 30 ngày.

Nếu quý vị có Medi-Cal và thu nhập của quý vị thay đổi, hãy liên hệ với văn phòng dịch vụ xã hội của hạt quý vị trong vòng 10 ngày.

Các câu hỏi khác

23. Có nhất thiết là mọi người trong đơn đăng ký phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ không?

Không. Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế thông qua Medi-Cal ngay cả khi quý vị không phải là công dân hay kiều bào Hoa Kỳ.

24. Tôi và gia đình tôi sẽ đủ tiêu chuẩn tham gia cùng một chương trình không?

Phụ thuộc vào quy mô hộ gia đình hoặc thu nhập của gia đình quý vị, quý vị hoặc gia đình quý vị có thể đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình khác nhau. Ví dụ như, quý vị có thể đủ tiêu chuẩn tham gia bảo hiểm y tế tư nhân có giá cả phải chăng thông qua Covered California. Tuy nhiên, con của quý vị có thể đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal miễn phí. Chúng tôi sẽ cho quý vị biết quý vị và các thành viên khác đủ tiêu chuẩn tham gia bảo hiểm y tế nào.

25. Đơn đăng ký này yêu cầu rất nhiều các thông tin cá nhân. Covered California có chia sẻ thông tin cá nhân và thông tin tài chính của tôi không?

Không. Những thông tin quý vị cung cấp là riêng tư và bảo mật theo quy định của luật pháp tiểu bang và liên bang. Chúng tôi chỉ sử dụng thông tin của quý vị để xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế hay không.

26. Tôi sẽ có thể sử dụng ngay chương trình bảo hiểm y tế mới của Covered California chứ?

Nếu quý vị nộp đơn đăng ký vào giữa tháng 10 và tháng 12 năm 2013, thì các chương trình bảo hiểm y tế bắt đầu cung cấp dịch vụ sớm nhất là vào ngày 1 tháng 1 năm 2014. Nếu quý vị nộp đơn đăng ký sau ngày 1 tháng 1 năm 2014, thì chương trình bảo hiểm y tế của quý vị có thể bắt đầu cung cấp dịch vụ ngay sau tháng quý vị nộp đơn.

27. Quý vị có ý gì khi nói đến từ “khuyết tật”?

Quý vị có thể bị khuyết tật và đủ tiêu chuẩn tham gia Medi-Cal nếu:

- Quý vị bị điếc hoặc mất thính lực nghiêm trọng.
- Quý vị bị mù hoặc mất thị lực nghiêm trọng, ngay cả khi có đeo kính.
- Quý vị bị thiếu năng trí tuệ hoặc nhận thức và gặp khó khăn trong việc ghi nhớ, tập trung hoặc đưa ra quyết định.
- Quý vị trong tình trạng cấp cứu và gặp khó khăn khi đi lại hoặc leo cầu thang.
- Quý vị gặp khó khăn trong việc tắm rửa hoặc thay quần áo hoặc làm các hoạt động hàng ngày tương tự.
- Quý vị có tình trạng về thể chất, tâm thần hoặc cảm xúc và gặp khó khăn khi làm các việc vặt (chẳng hạn như đi mua sắm hoặc đến khám tại văn phòng của bác sĩ) mà không được giúp đỡ.

Quý vị không phải đang nhận các dịch vụ hỗ trợ đặc biệt tại nhà hoặc sinh sống ở bất kỳ loại cơ sở điều dưỡng hoặc cơ sở hỗ trợ sinh hoạt nào.

28. Tôi có tình trạng hoặc bị khuyết tật từ trước. Tôi có thể có bảo hiểm y tế thông qua Covered California hay không?

Có, quý vị có thể mua bảo hiểm y tế, dù mắc bất kỳ tình trạng sức khỏe hoặc tình trạng khuyết tật nào hiện có hoặc đã có.

Bắt đầu từ năm 2014, hầu hết các chương trình bảo hiểm y tế không thể từ chối bao trả cho quý vị hoặc tính phí cao hơn cho quý vị chỉ bởi vì quý vị mắc tình trạng sức khỏe hoặc tình trạng khuyết tật từ trước.

29. Tôi mới phát hiện ra mình đã có thai. Liệu tôi có thể nộp đơn đăng ký nhận bảo hiểm y tế mà sẽ bao trả cho tôi trong suốt thai kỳ không?

Có. Hãy chắc chắn trả lời có cho câu hỏi “Quý vị có mang thai không?” trong đơn đăng ký hoặc yêu cầu ai đó giúp quý vị điền vào đơn đăng ký. Quý vị có thể nộp đơn đăng ký nhận bảo hiểm y tế mà có thể bao trả cho dịch vụ chăm sóc tiền sản, chuyển dạ và sinh nở và chăm sóc hậu sản. Các chương trình bảo hiểm y tế không còn từ chối cung cấp bảo hiểm y tế cho quý vị nếu quý vị mang thai.

Các Câu Hỏi Thường Gặp xem tiếp trang sau



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm **CoveredCA.com**.



Các Câu Hỏi Thường Gặp (tiếp)

Các câu hỏi khác (tiếp)

30. Tôi vừa mới sinh con. Tôi cần phải làm gì đối với bảo hiểm y tế?

Nếu quý vị không tham gia chương trình Medi-Cal hoặc chương trình Access for Infants and Mothers (AIM) vào thời điểm quý vị sinh, thì hãy điền vào đơn đăng ký này cho đứa con mới sinh của quý vị.

Nếu quý vị đã tham gia chương trình Medi-Cal hoặc AIM trong thai kỳ, thì quý vị không cần phải điền vào đơn đăng ký này.

- Bao gồm các thông tin về người mẹ ở trang 2 trong đơn đăng ký này.
- Nếu quý vị đã tham gia chương trình Medi-Cal, hãy gọi điện thoại đến văn phòng dịch vụ xã hội của hạt quý vị để chắc chắn rằng con quý vị được bao trả từ khi sinh hoặc điền vào mẫu giới thiệu dành cho trẻ sơ sinh. Hãy in mẫu này từ trang web www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf.
- Nếu quý vị đã tham gia AIM, hãy gọi điện đến số **1-800-433-2611** hoặc truy cập vào trang web aim.ca.gov để đăng ký cho con của quý vị.

31. Tôi sẽ đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm y tế nếu tôi không phải là công dân hoặc không có tình trạng nhập cư đủ tư cách không?

Bất cứ ai sống ở California đều có thể nộp đơn đăng ký nhận bảo hiểm y tế bằng cách sử dụng mẫu đơn đăng ký này. Chỉ những người nộp đơn đăng ký mới phải cung cấp số An Sinh Xã Hội hoặc các thông tin về tình trạng nhập cư.

Nhưng quý vị có thể đủ tiêu chuẩn tham gia một số chương trình bảo hiểm y tế bất kể tình trạng nhập cư của quý vị là gì và ngay cả khi quý vị không có số An Sinh Xã Hội.

Chúng tôi giữ bí mật các thông tin và chỉ chia sẻ các thông tin đó với các cơ quan chính phủ khác để xem liệu quý vị đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình nào.

32. Quý vị có nhận chăm sóc nuôi dưỡng vào lần sinh nhật thứ 18 hay không?

Nếu quý vị nhận chăm sóc nuôi dưỡng và tham gia chương trình Medicaid ở bất kỳ tiểu bang nào khi quý vị bước sang tuổi 18 và hiện tại quý vị đang ở độ tuổi từ 18 đến 26, thì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình Medi-Cal. Sau khi chúng tôi xác minh rằng quý vị là cư dân California, chúng tôi sẽ ghi danh miễn phí cho quý vị vào chương trình Medi-Cal. Sau đó chúng tôi sẽ xác minh xem quý vị đã nhận chăm sóc nuôi dưỡng và tham gia chương trình Medicaid trước đó hay chưa.

33. Điều gì cấu thành nên khoản thanh toán một lần?

Các khoản thanh toán một lần chỉ được phép dành cho tiền thắng bạc, giải thưởng, xóa nợ, vợ/chồng còn sống nhận lương hoặc tiền công từ người sử dụng lao động của người đã mất, các phúc lợi an sinh xã hội cso hiệu lực trở về trước và các phúc lợi hưu trí ngành đường sắt, trúng xổ số, quà tặng và các phúc lợi bảo hiểm thất nghiệp có hiệu lực trở về trước.

34. “Tự kinh doanh” có nghĩa là như thế nào?

Những người tự kinh doanh kiếm sống trực tiếp từ công việc kinh doanh hoặc các dịch vụ của chính họ. Họ không kiếm tiền từ một công ty mà trả tiền cho họ.

35. Tôi có thể nhận thông tin về việc đăng ký bỏ phiếu ở đâu?

Nếu quý vị không đăng ký bỏ phiếu ở nơi quý vị đang sống và muốn nộp đơn đăng ký bỏ phiếu hôm nay, quý vị vui lòng truy cập vào trang web registertovote.ca.gov. Hoặc, gọi điện đến số **1-800-345-VOTE (8683)**.

36. Tôi là người Alaska Bản Địa hoặc người Mỹ Da Đỏ. Covered California có thể giúp tôi như thế nào?

Nếu quý vị là người Alaska Bản Địa hoặc người Mỹ Da Đỏ được liên bang công nhận hoặc nếu quý vị đủ điều kiện dưới bất cứ hình thức nào đối với các dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế dành cho Người Da Đỏ, các chương trình y tế bộ tộc hoặc các chương trình dịch vụ y tế dành cho Người Da Đỏ thành thị, quý vị có thể đủ điều kiện nhận Medi-Cal miễn phí hoặc có chi phí thấp. Hoặc quý vị có thể đủ điều kiện nhận các khoản tiết kiệm chi phí khác, như khoản hỗ trợ chi trả phí bảo hiểm hoặc không có khoản đồng thanh toán. Quý vị cũng có thể có thời gian ghi danh hàng tháng đặc biệt.

- Hãy điền vào Tài Liệu Đính Kèm A và gửi nó kèm theo bằng chứng chứng minh quý vị là người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa. Quý vị có thể sử dụng thẻ ghi danh bộ tộc hoặc Giấy Chứng Nhận Nguồn Gốc Người Da Đỏ (CDIB) từ Cục Đặc Trách Người Da Đỏ.
- Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình Medi-Cal, thì quý vị không cần phải gửi bằng chứng chứng minh quý vị có nguồn gốc là người Mỹ Da Đỏ hoặc người Alaska Bản Địa. Để kiểm tra xem quý vị có đủ điều kiện tham gia chương trình Medi-Cal hay không, hãy xem Tài Liệu Đính Kèm F.

37. Nếu tôi không đồng ý với quyết định mà Covered California đưa ra thì sao?

Quý vị có thể nộp đơn kháng cáo. Để kháng cáo một quyết định mà quý vị không đồng tình, hãy liên hệ với Covered California theo một trong những cách sau:

- **Trực tuyến:** Truy cập trang web CoveredCA.com.
- **Qua điện thoại:** Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Cuộc gọi này miễn phí!
- **Bằng fax:** Gửi fax đơn kháng cáo đến số **1-888-329-3700**.
- **Bằng thư:** Gửi đơn kháng cáo qua đường bưu điện đến: Covered California – Appeals
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
- **Gặp trực tiếp:** Chúng tôi đã đào tạo các Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận và Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận để có thể giúp quý vị. Hoặc quý vị có thể ghé thăm văn phòng dịch vụ xã hội của hạt quý vị.

Trợ giúp miễn phí! Để có danh sách các Cố Vấn Ghi Danh Được Chứng Nhận hoặc Đại Lý Bảo Hiểm Được Chứng Nhận gần nơi quý vị sinh sống hoặc làm việc, hoặc danh sách văn phòng dịch vụ xã hội của hạt gần đó, hãy ghé thăm CoveredCA.com hoặc gọi điện đến số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500).



**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm CoveredCA.com.

Có thể sẵn có các hỗ trợ thêm

CalFresh

Quý vị có cần giúp mua thực phẩm cho quý vị và gia đình quý vị hay không?

CalFresh có thể giúp quý vị! Ở California, Supplemental Nutrition Assistance Program liên bang (SNAP) được gọi là CalFresh. CalFresh có thể giúp quý vị thanh toán khi mua trái cây, rau xanh giàu dinh dưỡng và các loại thực phẩm tốt cho sức khỏe khác.

Để kiểm tra xem quý vị có đủ tiêu chuẩn để nhận CalFresh không, hãy gọi điện thoại đến số **1-877-847-3663** hoặc truy cập trang web **www.calfresh.ca.gov** hoặc nộp đơn đăng ký trực tuyến tại địa chỉ **benefitscal.org**.



Welltopia của DHCS

Quý vị hãy ghé thăm Welltopia của Sở Dịch Vụ Y Tế (DHCS), địa điểm chăm sóc sức khỏe trên Facebook và Twitter! Quý vị sẽ tìm thấy những lời khuyên giúp giảm căng thẳng, ăn các loại thực phẩm có lợi cho sức khỏe hơn, tham gia hoạt động thể chất, bỏ thuốc lá và nhiều hơn nữa.

Welltopia của DHCS có:

- Các ứng dụng về sức khỏe thú vị và miễn phí
- Những video thú vị
- Liên kết tới:
 - Các công thức nấu ăn ngon và dễ dàng
 - Địa điểm họp chợ của người nông dân
 - CalFresh
- Địa điểm và các hoạt động thú vị dành cho quý vị và con của quý vị
- Giáo dục, việc làm và các dịch vụ khác khiến cuộc sống của quý vị trở nên dễ dàng hơn một chút



Hãy "Thích" Welltopia của DHCS trên Facebook! Truy cập: [Facebook.com/DHCSWelltopia](https://www.facebook.com/DHCSWelltopia)



Hãy theo dõi chúng tôi! [@Weltopiadhcs](https://twitter.com/Weltopiadhcs)

Khoản Giảm Thuế Theo Thu Nhập Kiểm Được (EITC)

EITC là phúc lợi dành cho những người lao động có thu nhập từ thấp đến trung bình. Khoản giảm thuế này giảm số tiền thuế quý vị còn nợ và cũng có thể dẫn đến khoản hoàn trả.

www.eitc.ca.gov

Khoản Giảm Thuế dành cho Trẻ Em

Khoản giảm thuế này có thể có giá trị lên đến \$1.000 trên mỗi trẻ em đủ tiêu chuẩn, phụ thuộc vào thu nhập của quý vị.

www.childtaxcredit.ca.gov

**Quý Vị Cần
Giúp Đỡ?**

Gọi cho Covered California theo số **1-800-652-9528** (TTY: 1-888-889-4500). Cuộc gọi này miễn phí. Quý vị có thể gọi từ Thứ 2 đến Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và Thứ 7, 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều. Hoặc ghé thăm CoveredCA.com.



Nhận trợ giúp bằng các ngôn ngữ khác

Quý vị có thể nhận trợ giúp khi nộp đơn đăng ký này bằng các ngôn ngữ khác.

Hãy gọi đến 1-800-652-9528.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言
獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về
đơn đăng ký này bằng tiếng Việt.
Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어
지원을 받으실 수 있습니다.
전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong
para sa aplikasyong ito sa Tagalog.
Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe
Không ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь
в оформлении этой заявки
на русском языке. Звоните по
телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով
օգնություն ստանալ այս դիմումի
ձևը լրացնելու հարցում:
Զանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا
به زبان های دیگر کمک دریافت
کنید. با شماره 1-800-921-8879
تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះ
ពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។
សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على مساعدة
خاصة بهذا التطبيق باللغة العربية.
اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC



Hãy “Thích” Covered California trên Facebook!
Truy cập: [Facebook.com/CoveredCA](https://www.facebook.com/CoveredCA)



Hãy theo dõi chúng tôi! @CoveredCA

