

MÃ SỐ CHƯƠNG TRÌNH TIẾP CẬN Y TẾ (MAP): _____

MÃ SỐ HỘ GIA ĐÌNH: _____

NGÀY IN: _____

Đơn Đăng Ký Tham Gia Chương Trình

Vui lòng điền đầy đủ tất cả thông tin được yêu cầu. Nếu thông tin của bạn đã được in sẵn bên dưới, vui lòng xem lại và chỉnh sửa nếu cần. Gạch một đường qua bất kỳ thông tin nào không chính xác và bổ sung thông tin đúng hoặc còn thiếu.

Thông tin hộ gia đình

Từ “hộ gia đình” dùng để chỉ: bạn, vợ/chồng của bạn, con cái của bạn và bất kỳ ai khác sống cùng bạn và có mối quan hệ pháp lý với bạn. Bạn không cần cung cấp thông tin về những người sống chung nhưng không thuộc “hộ gia đình” của bạn.

TÊN (Họ, Tên, Tên đệm)	NGÀY SINH (THÁNG/NGÀY/NĂM)	MỐI QUAN HỆ	TÌNH TRẠNG CƯ TRÚ TẠI HOA KỲ	SỐ AN SINH XÃ HỘI HOẶC ITIN (Mã Số Nhận Dạng Người Nộp Thuế Cá Nhân)	NGÔN NGỮ ƯA THÍCH

Bạn phải điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn ở các trang sau. →



MÃ SỐ HỘ GIA ĐÌNH: _____

TÊN: (Họ, Tên, Tên đệm) Bao gồm tất cả các cá nhân được liệt kê ở trang đầu tiên.	CHUNG TỘC	SẮC TỘC	GIỚI TÍNH (trên giấy khai sinh)	NHẬN DẠNG GIỚI TÍNH

Cư trú: Nếu bạn, người nộp đơn, hiện đang trong tình trạng vô gia cư, hãy ghi nơi bạn ngủ vào ban đêm. Trong ô yêu cầu địa chỉ cư trú, bạn có thể ghi tên ngã tư đường hoặc địa chỉ của nơi trú ẩn. Bạn cũng cần ghi thành phố, quận và mã bưu điện nơi bạn ngủ. Nếu bạn không biết mã bưu điện, hãy ghi 78701.

Bạn hiện có đang vô gia cư không? Không Có

Địa chỉ cư trú (chỉ ghi địa chỉ đường, không dùng hộp thư bưu điện P.O. Box), số căn hộ, thành phố, mã bưu điện, quận:

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ ở trên (địa chỉ đường hoặc hộp thư bưu điện P.O. Box):

Điện thoại nhà riêng: _____

Điện thoại di động: _____

Địa chỉ email: _____

Tôi đồng ý nhận tin nhắn văn bản* Không Có

Tôi đồng ý nhận email* Không Có

* Tôi hiểu rằng khi đồng ý nhận tin nhắn văn bản và/hoặc email nêu trên, sẽ có những rủi ro liên quan đến việc gửi tin nhắn văn bản và email không được mã hóa, và tôi đồng ý nhận thông tin từ Central Health (ví dụ: các cuộc hẹn đã đặt, trạng thái hồ sơ đăng ký, gia hạn và thay đổi phạm vi bảo hiểm và dịch vụ).

Bạn phải điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn ở các trang sau. →



Trả lời tất cả các câu hỏi trong đơn này.

1. Tình trạng hôn nhân của bạn là gì?

- Độc thân Đã kết hôn/Hôn nhân theo luật tục Ly hôn Ly thân Góa

2. Bạn hoặc có ai trong gia đình bạn đang mang thai không? Không Có

Nếu Có, ai đang mang thai? _____

3. Có ai trong hộ gia đình của bạn nhận được bất kỳ khoản thu nhập nào trong 30 ngày qua không?

- Không Có

Nếu Có, hãy liệt kê tất cả thu nhập của hộ gia đình bạn bên dưới. Hãy chắc chắn bao gồm các khoản sau: Trợ cấp của chính phủ; tiền từ đào tạo hoặc công việc; thu nhập từ người bảo trợ; tiền cấp dưỡng nuôi con; và trợ cấp thất nghiệp.

TÊN NGƯỜI NHẬN TIỀN	LOẠI THU NHẬP ĐÃ NHẬN	TỔNG SỐ TIỀN NHẬN (trước khi khấu trừ thuế)	TẦN SUẤT NHẬN	ĐIỆN THOẠI NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG
	<input type="checkbox"/> Tiền lương <input type="checkbox"/> Nghề tự do <input type="checkbox"/> Trợ cấp An Sinh Xã Hội <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp <input type="checkbox"/> Không có thu nhập <input type="checkbox"/> Thu nhập khác		<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Không có thu nhập trong 30 ngày qua	
	<input type="checkbox"/> Tiền lương <input type="checkbox"/> Nghề tự do <input type="checkbox"/> Trợ cấp An Sinh Xã Hội <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp <input type="checkbox"/> Không có thu nhập <input type="checkbox"/> Thu nhập khác		<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Không có thu nhập trong 30 ngày qua	
	<input type="checkbox"/> Tiền lương <input type="checkbox"/> Nghề tự do <input type="checkbox"/> Trợ cấp An Sinh Xã Hội <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp <input type="checkbox"/> Không có thu nhập <input type="checkbox"/> Thu nhập khác		<input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Không có thu nhập trong 30 ngày qua	

Bạn phải điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn ở các trang sau. →



4. Bạn hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình bạn có bảo hiểm y tế không? Không Có
- Nếu Có – Đánh dấu vào loại bảo hiểm y tế và ghi tên của tất cả (các) thành viên trong hộ gia đình có bảo hiểm đó.
- MAP hoặc MAP Basic. Ai có? _____
- Medicare. Ai có? _____
- Medicaid. Ai có? _____
- CHIP. Ai có? _____
- CHIP Perinatal. Ai có? _____
- Bảo hiểm ACA/Bảo hiểm y tế. Ai có? _____
- Sendero. Ai có? _____
- Bảo hiểm tư nhân/Bảo hiểm do người sử dụng lao động tài trợ. Ai có? _____
5. Bạn hoặc các thành viên gia đình bạn có chuyển đến Quận Travis chỉ vì mục đích nhận hỗ trợ chăm sóc sức khỏe không?
- Không Có Tôi cư trú ngoài Quận Travis
6. Bạn hoặc bất kỳ ai trong gia đình bạn được Cơ Quan An Sinh Xã Hội tuyên bố là người khuyết tật không?
- Không Có
- Nếu Có, là ai? _____
7. Nếu bạn đang tham gia MAP hoặc MAP Basic, bạn hiện đang sử dụng hoặc muốn sử dụng hệ thống phòng khám chăm sóc ban đầu nào?
- CommUnityCare Lone Star Circle of Care People's Community Clinic
- Trường Điều Dưỡng thuộc Đại Học Texas (UT School of Nursing) Không có ưu tiên
8. Bạn có cuộc hẹn khám bệnh hoặc thủ thuật y tế sắp tới không?
- Không Có Ngày: _____
9. Bạn hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình đã có cuộc hẹn khám bệnh trong 30 ngày qua không?
- Không Có Ngày: _____

Bạn phải điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn ở các trang sau. →



Trách Nhiệm của Người Nộp Đơn

Các chương trình của Central Health giúp mọi người tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe bằng cách chi trả hoặc cung cấp một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhất định. Việc bạn có đủ điều kiện để tham gia chương trình MAP hoặc MAP Basic với tư cách là thành viên, hoặc chương trình Hỗ Trợ Tài Chính (Financial Assistance) hay Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Liên Quan Đến Hệ Thống Tư Pháp (Justice Involved Health) của Central Health với tư cách là bệnh nhân (gọi chung là “Các Chương Trình Central Health”, và mỗi chương trình được gọi là “Chương Trình”), phụ thuộc vào các yếu tố như thu nhập của bạn, nơi bạn sinh sống, khả năng tiếp cận các bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác và sự tồn tại của các nguồn thanh toán thay thế cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, dân tộc, màu da, tôn giáo, tín ngưỡng, quốc tịch, giới tính, tình trạng khuyết tật, khuynh hướng tình dục hoặc (các) quan điểm chính trị của bạn sẽ không được xem xét và sẽ không ảnh hưởng đến tư cách tham gia của bạn đối với các Chương Trình này.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi cam đoan rằng tất cả thông tin tôi đã cung cấp trong hồ sơ đăng ký tham gia Các Chương Trình Central Health, bao gồm các câu trả lời cho tất cả các câu hỏi liên quan đến thu nhập, nơi cư trú, và các nguồn thanh toán khác là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng, vì điều kiện tham gia các Chương Trình này dựa trên những câu trả lời tôi cung cấp, nên nếu có bất kỳ sự thiếu sót, không cung cấp hoặc từ chối cung cấp thông tin theo yêu cầu hoặc cung cấp thông tin sai lệch hoặc gây hiểu lầm khi trả lời các câu hỏi liên quan đến điều kiện tham gia, Central Health có thể chấm dứt quyền tham gia của tôi trong Các Chương Trình của Central Health và yêu cầu tôi hoàn trả các khoản thanh toán mà Central Health đã chi trả thay cho tôi đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Tôi đồng ý thông báo cho Central Health trong vòng 14 ngày kể từ ngày có bất kỳ thay đổi về cuộc sống nào sau đây:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ gửi thư hoặc số điện thoại của tôi b. Bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ nơi tôi sống c. Bất kỳ thay đổi nào về thu nhập có thể ảnh hưởng đến điều kiện tham gia của tôi | <ul style="list-style-type: none"> d. Bất kỳ thay đổi nào về số lượng người trong hộ gia đình tôi, bao gồm cả việc một thành viên trong hộ gia đình mang thai e. Đang tham gia Medicaid, CHIP, Medicare hoặc bảo hiểm y tế tư nhân khác, hoặc thông báo rằng tôi đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình bảo hiểm nào có thể chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi |
|--|--|

Nếu Central Health phát hiện bất kỳ thay đổi nào chưa được thông báo liên quan đến điều kiện tham gia Chương Trình, tôi hiểu rằng Central Health có thể chấm dứt quyền tham gia Chương Trình của tôi và thực hiện bất kỳ hành động nào khác trong thẩm quyền, bao gồm khởi kiện dân sự hoặc hình sự đối với tôi.

Tôi hiểu rằng việc tôi được tham gia vào Chương Trình Central Health phụ thuộc vào sự đồng ý của tôi cho phép Central Health xác minh các thông tin mà tôi đã cung cấp trong hồ sơ đăng ký hưởng trợ cấp của Chương Trình và tình trạng đăng ký tham gia của tôi có thể tạm thời chưa được xác nhận cho đến khi tôi cung cấp sự đồng ý này

Bạn phải điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn ở các trang sau. →



Hướng dẫn hoàn tất quy trình nộp đơn:

1. Nếu bạn đang điền vào mẫu đơn trống, hãy trả lời tất cả các câu hỏi trong đơn.
 2. Nếu bạn nhận được mẫu đơn đã in sẵn câu trả lời qua bưu điện, vui lòng đọc tất cả các câu trả lời được in sẵn:
 - Nếu thông tin không chính xác, hãy gạch một đường lên thông tin đó và viết thông tin đúng ở phía trên.
 - Nếu câu hỏi chưa có câu trả lời, hãy ghi câu trả lời.
 - Nếu câu hỏi không áp dụng đối với bạn, hãy ghi Không áp dụng (N/A). Không được để trống câu hỏi.
 3. Cung cấp bản sao (không gửi bản gốc) của các giấy tờ sau:
 - **Giấy tờ tùy thân có ảnh** của tất cả người lớn trong hộ gia đình, ví dụ:

Bằng Lái Xe, Thẻ Căn Cưóc, Hộ Chiếu hoặc Thẻ Hộ Chiếu, Thẻ Sinh Viên, Thẻ Cho Phép Lao Động, Thẻ Thường Trú Nhân Hợp Pháp Hoa Kỳ I-551, I-94 có ảnh, v.v.

Nếu nộp đơn cho Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Central Health, chỉ cần cung cấp giấy tờ tùy thân của người nộp đơn.
 - Một trong các giấy tờ sau cho tất cả thành viên hộ gia đình:

Giấy Khai Sinh, Giấy Chứng Nhận Nhập Tịch, Thị Thực/Hộ Chiếu, Thẻ Thường Trú Nhân Hợp Pháp Hoa Kỳ I-551, I-94, Giấy Rửa Tội, Thẻ Cử Tri, Thẻ Qua Biên Giới.

Nếu nộp đơn cho Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Central Health, chỉ cần cung cấp thông tin của người nộp đơn.
 - **Bằng chứng về địa chỉ** trong 30 ngày gần nhất, ví dụ:

Thư có dấu bưu điện, hóa đơn tiền điện, điện thoại hoặc gas theo chu kỳ thanh toán gần nhất, hợp đồng thuê nhà, biên lai tiền thuê nhà, biên lai thuế tài sản, tuyên bố của chủ nhà.
 - **Bằng chứng thu nhập** nhận được trong 30 ngày gần nhất cho tất cả người lớn trong hộ gia đình, ví dụ:

Phiếu Lương, Thư Thông Báo Trợ Cấp Thất Nghiệp, Thư Thông Báo Trợ Cấp An Sinh Xã Hội của Năm Hiện Tại, Thư Trợ Cấp Cựu Chiến Binh, Thư Trợ Cấp Hưu Trí, Thư Xác Nhận Đóng Góp Tiền Mặt, Biên Lai Cấp Dưỡng Nuôi Con hoặc Bản In Từ Văn Phòng Gia Đình (Domestic Relations) Về Các Khoản Thanh Toán, Bằng Chứng Về Khoản Trợ Cấp Hỗ Trợ Tạm Thời Cho Các Gia Đình Khó Khăn (TANF), Phiếu Lương hoặc Thư Trợ Cấp Từ Bồi Thường Lao Động (Worker'S Compensation)
 - **Thẻ/thư xác nhận bảo hiểm y tế** của tất cả các thành viên hộ gia đình có bảo hiểm y tế, ví dụ:

Thẻ Medicare, Thẻ bảo hiểm tư nhân, Thẻ Medicaid/CHIP hoặc thư Medicaid/CHIP từ Ủy Ban Dịch Vụ Y Tế & Nhân Sinh Texas (HHSC) của tháng hiện tại.
- Hướng dẫn tiếp tục ở trang sau.** →



4. Mỗi thành viên hộ gia đình từ 18 tuổi trở lên phải ký tên và ghi ngày trên mẫu đơn "Trách Nhiệm của Người Nộp Đơn".
5. Cách nộp đơn và các tài liệu
 - Gửi thư bằng phong bì đã cung cấp
 - Fax đến: 512.776.0457. Nếu gửi qua fax, phải gửi cả hai mặt của đơn.
 - Vui lòng bỏ vào Hộp Thư tại Trung Tâm Sức Khỏe và Thể Chất Đông Nam (Southeast Health & Wellness Center) hoặc Trung Tâm Tài Nguyên Y Tế Đông Bắc thuộc Central Health (Central Health Northeast Health Resource Center).

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Trung Tâm Điều Hướng Central Health theo số 512.978.8130, chọn phím 1, Thứ Hai – Thứ Sáu, 8:00 sáng – 5:00 chiều