

QUAN TRỌNG – NHỮNG THÔNG TIN BẮT BUỘC

Vui lòng hoàn tất và gửi trả lại những câu hỏi sau đây cho mỗi người trong gia đình quý vị. Chúng tôi đã hỏi một số trong những câu hỏi này trên đơn của quý vị, nhưng chúng tôi cần thêm thông tin. Đơn đăng ký của quý vị có thể bị chậm trễ nếu không có những thông tin này.

Người thứ nhất

1. Tên hợp pháp (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ)

2. Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

3. Tất cả những ai có số An sinh Xã hội (SSN) và đang đăng ký bảo hiểm y tế cần phải cung cấp SSN của mình. Nếu quý vị đang đăng ký bảo hiểm và không cung cấp số SSN của mình trên đơn đăng ký của Chương trình Y tế Oregon (OHP) được đính kèm, vui lòng giải thích lý do tại sao:

- Đã nộp đơn xin SSN
- Trẻ sơ sinh không có SSN
- Không xin SSN vì lý do tôn giáo
- Không đủ điều kiện để xin SSN dựa trên tình trạng di trú
- Từ chối cung cấp SSN HOẶC không có SSN
- Không có SSN và chỉ có thể được cấp SSN cho một mục đích chính đáng không liên quan đến công việc làm.

4. Thông tin trong hồ sơ khai hoàn thuế năm 2016 của quý vị có giống như thông tin quý vị kê khai cho năm 2017 trên Đơn đăng ký OHP không?

CÓ. Nếu CÓ, **sang câu 5.** KHÔNG. Nếu KHÔNG, **điền câu a-c dưới đây.**

a. Tình trạng khai thuế của quý vị cho hồ sơ khai hoàn thuế cho năm 2016 sẽ là gì?

Không khai Độc thân Chủ hộ gia đình Người góa vợ/chồng hợp lệ

Người đã lập gia đình khai: Chung Riêng

Nếu đã lập gia đình, tên của vợ/chồng là gì? _____

b. Quý vị sẽ khai người phụ thuộc nào không trong hồ sơ hoàn thuế năm 2016? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.

CÓ. Nếu CÓ, là ai Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

Không

c. Quý vị sẽ được khai là người phụ thuộc trong hồ sơ khai hoàn thuế năm 2016 của ai không?

CÓ. Nếu CÓ, **điền phần A-B dưới đây.** KHÔNG. Nếu KHÔNG, **sang câu 5.**

A. Ghi tên/họ và ngày sinh của mỗi người khai thuế: _____

B. Quý vị có mối quan hệ gì với người khai thuế này? _____

5. Nếu quý vị đăng ký bảo hiểm, trước đây quý vị có được nhận săn sóc nuôi dưỡng (foster care) tại Oregon khi quý vị lên 18 tuổi không?

CÓ KHÔNG.

NHỮNG THÔNG TIN BẮT BUỘC, tiếp

Người thứ 2

1. Tên hợp pháp (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ)

2. Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

3. Tất cả những ai có số An sinh Xã hội (SSN) và đang đăng ký bảo hiểm y tế cần phải cung cấp SSN của mình. Nếu người thứ 2 đang đăng ký bảo hiểm và không cung cấp số SSN của họ trên đơn đăng ký của Chương trình Y tế Oregon (OHP) được đính kèm, vui lòng giải thích lý do tại sao:

- Đã nộp đơn xin SSN
- Trẻ sơ sinh không có SSN
- Không xin SSN vì lý do tôn giáo
- Không đủ điều kiện để xin SSN dựa trên tình trạng di trú
- Từ chối cung cấp SSN HOẶC không có SSN
- Không có SSN và chỉ có thể được cấp SSN cho một mục đích chính đáng không liên quan đến công việc làm.

4. Thông tin trong hồ sơ khai hoàn thuế năm 2016 của Người thứ 2 có giống như thông tin quý vị kê khai cho họ cho năm 2017 trên Đơn đăng ký OHP không?

CÓ. Nếu CÓ, **sang câu 5.** KHÔNG. Nếu KHÔNG, **điền câu a-c dưới đây.**

a. Tình trạng khai thuế của Người thứ 2 trong hồ sơ khai hoàn thuế cho năm 2016 của họ sẽ là gì?

Không khai Độc thân Chủ hộ gia đình Người góa vợ/chồng hợp lệ

Người đã lập gia đình khai: Chung Riêng

Nếu đã lập gia đình, tên của vợ/chồng là gì? _____

b. Người thứ 2 sẽ khai người phụ thuộc nào không trong hồ sơ hoàn thuế năm 2016? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.

CÓ. Nếu CÓ, là ai Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

Không

c. Người thứ 2 sẽ được khai là người phụ thuộc trong hồ sơ khai hoàn thuế năm 2016 của ai không?

CÓ. Nếu CÓ, **điền phần A-B dưới đây.** KHÔNG. Nếu KHÔNG, **sang câu 5.**

A. Ghi tên/họ và ngày sinh của mỗi người khai thuế: _____

B. Người thứ 2 có mối quan hệ gì với người khai thuế này? _____

5. Nếu Người thứ 2 đang đăng ký bảo hiểm, trước đây họ có được nhận săn sóc nuôi dưỡng (foster care) tại Oregon khi họ lên 18 tuổi không?

CÓ KHÔNG.

NHỮNG THÔNG TIN BẮT BUỘC, tiếp

Người thứ 3

1. Tên hợp pháp (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ)

2. Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

3. Tất cả những ai có số An sinh Xã hội (SSN) và đang đăng ký bảo hiểm y tế cần phải cung cấp SSN của mình. Nếu Người thứ 3 đang đăng ký bảo hiểm và không cung cấp số SSN của họ trên đơn đăng ký của Chương trình Y tế Oregon (OHP) được đính kèm, vui lòng giải thích lý do tại sao:

- Đã nộp đơn xin SSN
- Trẻ sơ sinh không có SSN
- Không xin SSN vì lý do tôn giáo
- Không đủ điều kiện để xin SSN dựa trên tình trạng di trú
- Từ chối cung cấp SSN HOẶC không có SSN
- Không có SSN và chỉ có thể được cấp SSN cho một mục đích chính đáng không liên quan đến công việc làm.

4. Thông tin trong hồ sơ khai hoàn thuế năm 2016 của Người thứ 3 có giống như thông tin quý vị kê khai cho họ cho năm 2017 trên Đơn đăng ký OHP không?

CÓ. Nếu CÓ, **sang câu 5.** KHÔNG. Nếu KHÔNG, **điền câu a-c dưới đây.**

a. Tình trạng khai thuế của Người thứ 3 trong hồ sơ khai hoàn thuế cho năm 2016 của họ sẽ là gì?

Không khai Độc thân Chủ hộ gia đình Người góa vợ/chồng hợp lệ

Người đã lập gia đình khai: Chung Riêng

Nếu đã lập gia đình, tên của vợ/chồng là gì? _____

b. Người thứ 3 sẽ khai người phụ thuộc nào không trong hồ sơ hoàn thuế năm 2016? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.

CÓ. Nếu CÓ, là ai Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

Không

c. Người thứ 3 sẽ được khai là người phụ thuộc trong hồ sơ khai hoàn thuế năm 2016 của ai không?

CÓ. Nếu CÓ, **điền phần A-B dưới đây.** KHÔNG. Nếu KHÔNG, **sang câu 5.**

A. Ghi tên/họ và ngày sinh của mỗi người khai thuế: _____

B. Người thứ 3 có mối quan hệ gì với người khai thuế này? _____

5. Nếu Người thứ 3 đang đăng ký bảo hiểm, trước đây họ có được nhận săn sóc nuôi dưỡng (foster care) tại Oregon khi họ lên 18 tuổi không?

CÓ KHÔNG.

NHỮNG THÔNG TIN BẮT BUỘC, tiếp

Người thứ 4

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Tên hợp pháp (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ) | 2. Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) |
|---|-------------------------------|
3. Tất cả những ai có số An sinh Xã hội (SSN) và đang đăng ký bảo hiểm y tế cần phải cung cấp SSN của mình. Nếu Người thứ 4 đang đăng ký bảo hiểm và không cung cấp số SSN của họ trên đơn đăng ký của Chương trình Y tế Oregon (OHP) được đính kèm, vui lòng giải thích lý do tại sao:
- Đã nộp đơn xin SSN
 - Trẻ sơ sinh không có SSN
 - Không xin SSN vì lý do tôn giáo
 - Không đủ điều kiện để xin SSN dựa trên tình trạng di trú
 - Từ chối cung cấp SSN HOẶC không có SSN
 - Không có SSN và chỉ có thể được cấp SSN cho một mục đích chính đáng không liên quan đến công việc làm.
4. Thông tin trong hồ sơ khai hoàn thuế năm 2016 của Người thứ 4 có giống như thông tin quý vị kê khai cho họ cho năm 2017 trên Đơn đăng ký OHP không?
- CÓ. Nếu CÓ, **sang câu 5.** KHÔNG. Nếu KHÔNG, **điền câu a-c dưới đây.**
- a. Tình trạng khai thuế của Người thứ 4 trong hồ sơ khai hoàn thuế cho năm 2016 của họ sẽ là gì?
- Không khai Độc thân Chủ hộ gia đình Người góa vợ/chồng hợp lệ
- Người đã lập gia đình khai: Chung Riêng
- Nếu đã lập gia đình, tên của vợ/chồng là gì? _____
- b. Người thứ 4 sẽ khai người phụ thuộc nào không trong hồ sơ hoàn thuế năm 2016? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.
- CÓ. Nếu CÓ, là ai Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- Không
- c. Người thứ 4 sẽ được khai là người phụ thuộc trong hồ sơ khai hoàn thuế năm 2016 của ai không?
- CÓ. Nếu CÓ, **điền phần A-B dưới đây.** KHÔNG. Nếu KHÔNG, **sang câu 5.**
- A. Ghi tên/họ và ngày sinh của mỗi người khai thuế: _____
- B. Người thứ 4 có mối quan hệ gì với người khai thuế này? _____
5. Nếu Người thứ 4 đang đăng ký bảo hiểm, trước đây họ có được nhận săn sóc nuôi dưỡng (foster care) tại Oregon khi họ lên 18 tuổi không?
- CÓ KHÔNG.

Đơn đăng ký cho Tiểu bang Oregon Quyền lợi Bảo hiểm Sức khỏe



Cần giúp đỡ với đơn này?

Nhận sự giúp đỡ chuyên nghiệp **miễn phí** từ một nhân viên bảo hiểm được chứng nhận, đối tác cộng đồng, hoặc đại diện dịch vụ khách hàng:

- Truy cập www.OregonHealthCare.gov để tìm các nhân viên bảo hiểm và đối tác cộng đồng có thể giúp quý vị làm đơn.
- Gọi điện thoại cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng OHP theo số **1-800-699-9075** để được giúp đỡ hoặc yêu cầu một danh sách các nhân viên và đối tác cộng đồng trong khu vực của quý vị. Quý vị cũng có thể yêu cầu được giúp đỡ bằng ngôn ngữ khác.



Những thông tin mà quý vị cần cung cấp trong đơn này:

Quý vị sẽ cần có những thông tin sau đây cho mọi người trong gia đình quý vị:

- Số An sinh Xã hội của tất cả những ai đã có số và đang đăng ký bảo hiểm
- Số Đăng ký Người nước ngoài của tất cả những ai đã có số và đang đăng ký bảo hiểm (quý vị có thể hội đủ tiêu chuẩn ngay cả khi quý vị không có Số Đăng ký Người nước ngoài)
- Ngày sinh
- Thu nhập và các khoản khấu trừ (thí dụ, từ cùi phiếu lương hoặc mẫu W-2)
- Thông tin về bảo hiểm y tế quý vị hiện có qua sở làm

SAU KHI HOÀN TẤT ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ, GỬI QUA BƯU ĐIỆN HOẶC FAX VỀ:

Qua bưu điện:

OHP Customer Service
P.O. Box 14015
Salem, OR 97309-5032

Fax:

503-378-5628

Chắc chắn điền hết tất cả những trang cần thiết và **KÝ TÊN** trên đơn trước khi gửi đi.

OFFICIAL USE ONLY

Date of request	Received	Program	Branch	Case no.	Worker ID
		Case name			Route to
		Prime no.		SSN	App status
		Office use			



Chúng tôi sử dụng thông tin của quý vị như thế nào?

Trước hết chúng tôi hỏi những câu hỏi cơ bản về mỗi người. Sau đó chúng tôi sẽ hỏi về thu nhập, bảo hiểm y tế hiện tại, tình trạng khuyết tật và nguồn gốc Bộ Lạc.

Chúng tôi sẽ bảo mật thông tin quý vị cung cấp theo quy định của pháp luật. Để biết thêm chi tiết, hãy xem phần chính sách quyền riêng tư của chúng tôi trong bản *Hướng dẫn Đăng ký*.



Những ai cần được bao gồm trong đơn này

Chúng tôi cần quý vị cho chúng tôi biết về bản thân quý vị và tất cả những người khác trong gia đình quý vị. Hộ gia đình của quý vị bao gồm những cá nhân sau đây:

- Quý vị.
- Vợ/chồng hợp pháp của quý vị.
- Những người con của quý vị. Bao gồm những trẻ em ở mọi độ tuổi mà quý vị khai là người phụ thuộc trong hồ sơ khai thuế của mình.
- Đối tác sống chung (live-in partner) với quý vị nếu quý vị và người này có con chung với nhau.
- Cũng tính luôn tất cả những người khác mà quý vị khai trong hồ sơ khai thuế thu nhập liên bang, mặc dù họ không sống chung với quý vị.

Quan trọng: Có ai đang sống chung với quý vị mà không có trong danh sách trên đây không? Nếu họ muốn có bảo hiểm y tế, họ phải điền một đơn đăng ký riêng.

Vui lòng viết rõ ràng và cung cấp càng nhiều thông tin càng tốt về mỗi người khi quý vị điền đơn này.

Nếu quý vị đang đăng ký cho hơn bốn người, hãy làm bản sao của trang 5-6 và điền đầy đủ cho những người đó.

BƯỚC 1



CHO CHÚNG TÔI BIẾT VỀ BẢN THÂN QUÝ VỊ

Quý vị sẽ là người liên lạc chính

1. Tên hợp pháp (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ)		2. Tên trước khi lập gia đình hoặc tên khác đã sử dụng (tên, tên lót, họ)	
3. Số An sinh Xã hội (SSN) – Tất cả những ai đang đăng ký bảo hiểm và có SSN cần phải cung cấp số của mình. Những người khác không bắt buộc phải cung cấp SSN, nhưng nếu cung cấp SSN thì đơn đăng ký có thể sẽ được duyệt xét nhanh hơn. <input type="checkbox"/> Không có SSN <input type="checkbox"/> Đã nộp đơn xin SSN			
4. Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)	5. Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	6. Số điện thoại <input type="checkbox"/> Nhà <input type="checkbox"/> Sở làm <input type="checkbox"/> Di động ()	
7. Quý vị có hiện đang sinh sống tại Oregon không? Trả lời có mặc dù quý vị đang ở Oregon để tìm việc làm hoặc vì việc làm. <i>Chỉ trả lời nếu quý vị đang đăng ký bảo hiểm y tế cho chính mình.</i> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
8. Địa chỉ Email			
9. Địa chỉ nhà (sang số 15 nếu quý vị không có địa chỉ)			10. Số phòng/Căn hộ
11. Thành phố	12. Quận	13. Tiểu bang	14. Mã vùng (ZIP code)
15. Nếu quý vị không có địa chỉ nhà, vui lòng cho chúng tôi biết quý vị sinh sống ở địa chỉ nào nhiều thời gian nhất và sau đó cung cấp cho chúng tôi địa chỉ nơi quý vị nhận thư (#16). Quận: _____ Tiểu bang: _____ Mã vùng: _____			
16. Địa chỉ nhận thư (chỉ cần cung cấp nếu khác với địa chỉ nhà)			17. Số phòng/Căn hộ
18. Thành phố	19. Tiểu bang	20. Mã vùng (ZIP code)	

CẦN GIÚP ĐỠ? Hãy gọi cho chúng tôi tại số **1-800-699-9075**/TTY 711. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều.

VI OHA 7210 (Rev 09/16)

BƯỚC 1



Người liên lạc Chính, tiếp

21. Quý vị muốn chúng tôi nói chuyện với quý vị bằng ngôn ngữ nào?
22. Quý vị muốn chúng tôi viết thư cho quý vị bằng ngôn ngữ nào?
23. Quý vị có cần chúng tôi cung cấp tài liệu bằng một định dạng khác hay không? Có Không
Nếu có, định dạng nào? Chữ Braille Thuyết trình bằng lời nói Đĩa điện toán Bảng thu âm Chữ in khổ lớn
24. Quý vị có đang mang thai không? Có Không
25. Có người nào trong gia đình quý vị hiện đang mang thai không? Có Không
26. Là người liên lạc chính, quý vị có dự định khai thuế thu nhập liên bang năm cho năm 2017 trong năm 2018 không? Trả lời “có” nếu quý vị dự định sẽ khai, mặc dù quý vị không nợ thuế hoặc sẽ nhận tiền hồi thuế. Quý vị có thể đăng ký bảo hiểm y tế, mặc dù quý vị không dự định sẽ khai thuế.

CÓ. Nếu có, **điền câu a-b dưới đây.** KHÔNG. Nếu có, **sang câu 27.**

a. Tình trạng khai thuế của quý vị cho hồ sơ khai hoàn thuế cho năm 2017 sẽ là gì?

Độc thân Chủ hộ gia đình Người góa vợ/chồng hợp lệ Người đã lập gia đình khai: Chung Riêng

Nếu đã lập gia đình, tên của vợ/chồng là gì? _____

b. Quý vị có người phụ thuộc nào để khai thuế không? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ. Có Không

Tên/họ và ngày sinh của mỗi người phụ thuộc: _____

Ghi chú: mỗi người được khai là người phụ thuộc, hoàn tất Bước 2.

27. Quý vị có được người nào khác khai trong hồ sơ thuế là người phụ thuộc không? Có Không
Nếu có, ghi tên/họ và ngày sinh của người khai thuế đó: _____
Quý vị có mối quan hệ gì với người khai thuế này? _____

28. Nếu sắc tộc là người Tây-Ban-Nha/La-Tinh— đánh dấu tất cả các ô áp dụng

Người Mê-hi-cô Người Mỹ gốc Mê-hi-cô Người Chicano Người Póoc-to-ri-cô Người Cuba
 Khác Từ chối trả lời

29. Chủng Tộc — đánh dấu tất cả các ô áp dụng

Người Mỹ Da đỏ hoặc Thổ dân Alaska Người Ấn độ gốc Châu Á Người Mỹ Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi
 Người Trung Quốc Người Phi Luật Tân Người Đảo Guam hoặc Chamorro Người Nhật Người Đại Hàn
 Người Bản địa Hawaii Người có chủng tộc Châu Á khác Người Đảo quốc Thái Bình Dương khác
 Người Samoa Người Việt Nam Người Da Trắng Từ chối trả lời

30. Có phải quý vị đang đăng ký bảo hiểm y tế cho chính mình? Quý vị có thể đăng ký ngay cả khi quý vị đã có bảo hiểm y tế.

CÓ. Nếu phải, **sang câu 31.** KHÔNG. Nếu không phải, **sang trang 5 để hoàn thành Bước 2.**

BƯỚC 1



Người liên lạc Chính, tiếp

31. Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ hoặc kiều dân Mỹ? CÓ. Nếu có, **sang câu 33.** KHÔNG

32. Nếu quý vị không phải là công dân hoặc kiều dân Mỹ, quý vị có tình trạng di trú hợp lệ không?

Chúng tôi chỉ sử dụng thông tin này để xác định sự hợp lệ. Xem phần Hướng dẫn Đăng ký để biết thêm về những tình trạng di trú hợp lệ.

CÓ. Nếu có, **điền câu a-f.** KHÔNG. Nếu không, **sang câu 33.**

a. Loại hồ sơ di trú: _____

b. Mã số ID hồ sơ: _____

c. Tình trạng: _____

d. Ngày được cấp tình trạng này: _____

e. Quý vị sinh sống tại nước Mỹ từ năm 1996? Có Không

f. Quý vị, vợ/chồng hoặc cha/mẹ của quý vị có phải là một cựu quân nhân hoặc quân nhân đang tại ngũ trong quân đội Mỹ không? Có Không

33. Quý vị có phải là người chăm sóc chính cho bất kỳ một đứa trẻ dưới 19 tuổi mà: 1) hiện đang sống chung với quý vị, và 2) là người bà con của quý vị nhưng không phải con ruột của quý vị không? Ví dụ, ông/bà nội hay ngoại (grandparent) là người chăm sóc chính cho một người cháu nội/ngoại.

Có Không

Nếu có, ghi tên/họ của (các) đứa trẻ. Không kể con nuôi, con ruột hoặc con ghẻ của quý vị: _____

BƯỚC 2**BỔ SUNG THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH–NGƯỜI THỨ 2**

Hoàn tất Bước 2 cho tất cả mọi người trong gia đình quý vị. Xem trang 2 để biết cần phải bao gồm những ai trong đơn đăng ký của quý vị.

Nếu quý vị bao gồm hơn bốn người trong hộ gia đình của quý vị, vui lòng **sao chép trang 5-6** và điền đầy đủ cho những người đó.

1. Tên hợp pháp (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ)	2. Tên trước khi lập gia đình hoặc tên khác đã sử dụng (tên, tên lót, họ)
3. Mối quan hệ với quý vị	
4. Số An sinh Xã hội (SSN) – Tất cả những ai đang đăng ký bảo hiểm và có SSN cần phải cung cấp số của mình. Những người khác không bắt buộc phải cung cấp SSN, nhưng nếu cung cấp SSN thì đơn đăng ký có thể sẽ được duyệt xét nhanh hơn. <input type="checkbox"/> Không có SSN <input type="checkbox"/> Đã nộp đơn xin SSN	
5. Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)	6. Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
7. Người thứ 2 hiện đang sinh sống tại Oregon? Trả lời có mặc dù quý vị đang ở Oregon để tìm việc làm hoặc vì việc làm. <i>Chỉ trả lời nếu quý vị đang đăng ký bảo hiểm y tế cho Người thứ 2.</i> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
8. Người thứ 2 có ở tại cùng địa chỉ với quý vị? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không a. Nếu không, tại sao không? (chọn một) <input type="checkbox"/> Cơ sở điều trị cai nghiện rượu/ma túy <input type="checkbox"/> Nhà cha mẹ nuôi <input type="checkbox"/> Đang bị giam giữ trong tù <input type="checkbox"/> Công việc làm <input type="checkbox"/> Chăm sóc y tế dài hạn <input type="checkbox"/> Cơ sở điều trị tâm thần <input type="checkbox"/> Quân đội <input type="checkbox"/> Cơ sở khác <input type="checkbox"/> Trường học <input type="checkbox"/> Nhà riêng <input type="checkbox"/> Chăm sóc y tế ngắn hạn <input type="checkbox"/> Không có địa chỉ nhà b. Nếu không, ghi địa chỉ nhà: _____	
9. Người thứ 2 có dự trù khai thuế liên bang 2017 trong năm 2018 không? Trả lời “có”, nếu Người thứ 2 dự trù khai thuế mặc dù họ sẽ không nợ thuế hoặc sẽ được hồi thuế. Người thứ 2 có thể đăng ký bảo hiểm y tế ngay cả khi họ không dự trù khai thuế. <input type="checkbox"/> CÓ. Nếu có, điền câu a-b dưới đây. <input type="checkbox"/> KHÔNG. Nếu không, sang câu 10. a. Tình trạng khai thuế của Người thứ 2 sẽ là gì trong hồ sơ khai thuế 2017? <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Chủ hộ gia đình <input type="checkbox"/> Người góa vợ/chồng hợp lệ Người đã lập gia đình khai: <input type="checkbox"/> Chung <input type="checkbox"/> Riêng Nếu đã lập gia đình, tên của vợ/chồng là gì? _____ b. Người thứ 2 có khai người phụ thuộc nào trong hồ sơ thuế không? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Tên/họ và ngày sinh của mỗi người phụ thuộc: _____ _____	
<i>Ghi chú: mỗi người được khai là người phụ thuộc, hoàn tất Bước 2.</i>	
10. Người thứ 2 có được người nào khác khai là người phụ thuộc trong hồ sơ thuế không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, ghi tên/họ và ngày sinh của người khai thuế đó: _____ Người thứ 2 có mối quan hệ gì với người khai thuế này? _____	

BƯỚC 2**Người thứ 2, tiếp**

11. Nếu sắc tộc là người Tây-Ban-Nha/La-Tinh— đánh dấu tất cả các ô áp dụng
 Người Mê-hi-cô Người Mỹ gốc Mê-hi-cô Người Chicano Người Póc-to-ri-cô Người Cuba Khác
 Từ chối trả lời
-
12. Chủng Tộc — đánh dấu tất cả các ô áp dụng
 Người Mỹ Da đỏ hoặc Thổ dân Alaska Người Ấn Độ gốc Châu Á Người Mỹ Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi
 Người Trung Quốc Người Phi Luật Tân Người Đảo Guam hoặc Chamorro Người Nhật Người Đại Hàn
 Người Bản địa Hawaii Người gốc Châu Á khác Người Đảo quốc Thái Bình Dương khác Người Samoa
 Người Việt Nam Người Da Trắng Từ chối trả lời
-
13. Người thứ 2 có đang đăng ký bảo hiểm y tế không? Người thứ 2 có thể đăng ký mặc dù họ đã có bảo hiểm y tế.
 CÓ. Nếu có, **sang câu 14.**
 KHÔNG. Nếu không, và nếu quý vị cần đăng ký cho thêm một người khác trong đơn này, hãy **sang trang 7.**
Nếu quý vị không cần đăng ký thêm một ai khác trong đơn này, **hãy sang trang 11 để hoàn thành Bước 3.**
-
14. Người thứ 2 có phải là công dân hoặc kiều dân Mỹ? CÓ. Nếu có, **sang câu 16.** KHÔNG
-
15. Nếu Người thứ 2 không phải là công dân hoặc kiều dân Mỹ, Người thứ 2 có tình trạng di trú hợp lệ không?
Chúng tôi chỉ sử dụng thông tin này để xác định sự hợp lệ. Xem phần Hướng dẫn Đăng ký để biết thêm về những tình trạng di trú hợp lệ.
 CÓ. Nếu có, **điền câu a-f.** KHÔNG. Nếu không, **sang câu 16.**
- a. Loại hồ sơ di trú: _____
- b. Mã số ID hồ sơ: _____
- c. Tình trạng: _____
- d. Ngày được cấp tình trạng này: _____
- e. Người thứ 2 có bao giờ sinh sống tại Mỹ từ năm 1996 không? Có Không
- f. Người thứ 2 hoặc vợ/chồng hoặc cha/mẹ của họ có phải là cựu quân nhân hoặc quân nhân đang tại ngũ trong quân đội Mỹ không? trong quân đội Mỹ không? Có Không
-
16. Người thứ 2 có phải là người chăm sóc chính cho bất kỳ trẻ em nào dưới 19 tuổi nào mà: 1) hiện đang sống chung với người thứ 2 và 2) là người bà con với Người thứ 2 nhưng không phải là con ruột của Người thứ 2 không? Ví dụ, ông/bà nội hay ngoại (grandparent) là người chăm sóc chính cho một người cháu nội/ngoại.
 Có Không
- Nếu có, ghi tên/họ của (các) đứa trẻ. Không kể con nuôi, con ruột hoặc con ghê của Người thứ 2:

-

BƯỚC 2**BỔ SUNG THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH–NGƯỜI THỨ 3**

1. Tên hợp pháp (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ)

2. Tên trước khi lập gia đình hoặc tên khác đã sử dụng (tên, tên lót, họ)

3. Mối quan hệ với quý vị

4. Số An sinh Xã hội (SSN) – Tất cả những ai đang đăng ký bảo hiểm và có SSN cần phải cung cấp số của mình. Những người khác không bắt buộc phải cung cấp SSN, nhưng nếu cung cấp SSN thì đơn đăng ký có thể sẽ được duyệt xét nhanh hơn.

 Không có SSN Đã nộp đơn xin SSN

5. Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

6. Giới tính: Nam Nữ7. Người thứ 3 hiện đang sinh sống tại Oregon? Trả lời có mặc dù quý vị đang ở Oregon để tìm việc làm hoặc vì việc làm. *Chỉ trả lời nếu quý vị đang đăng ký bảo hiểm y tế cho Người thứ 3.* Có Không8. Người thứ 3 có ở tại cùng địa chỉ với quý vị? Có Khônga. Nếu không, tại sao không? (*chọn một*) Cơ sở điều trị cai nghiện rượu/ma túy Nhà cha mẹ nuôi Đang bị giam giữ trong tù Công việc làm Chăm sóc y tế dài hạn Cơ sở điều trị tâm thần Quân đội Cơ sở khác Trường học Nhà riêng Chăm sóc y tế ngắn hạn Không có địa chỉ nhà

b. Nếu không, ghi địa chỉ nhà: _____

9. Người thứ 3 có dự trù khai thuế liên bang 2017 trong năm 2018 không? Trả lời “có”, nếu Người thứ 3 dự trù khai thuế mặc dù họ sẽ không nợ thuế hoặc sẽ được hồi thuế. Người thứ 3 có thể đăng ký bảo hiểm y tế ngay cả khi họ không dự trù khai thuế.

 CÓ. Nếu có, **điền câu a-b dưới đây.** KHÔNG. Nếu không, **sang câu 10.**

a. Tình trạng khai thuế của Người thứ 3 sẽ là gì trong hồ sơ khai thuế 2017?

 Độc thân Chủ hộ gia đình Người góa vợ/chồng hợp lệNgười đã lập gia đình khai: Chung Riêng

Nếu đã lập gia đình, tên của vợ/chồng là gì? _____

b. Người thứ 3 có khai người phụ thuộc nào trong hồ sơ thuế không? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.

 Có Không

Tên/họ và ngày sinh của mỗi người phụ thuộc: _____

*Ghi chú: mỗi người được khai là người phụ thuộc, hoàn tất Bước 2.*10. Người thứ 3 có được người nào khác khai là người phụ thuộc trong hồ sơ thuế không? Có Không

Nếu có, ghi tên/họ và ngày sinh của người khai thuế đó: _____

Người thứ 3 có mối quan hệ gì với người khai thuế này? _____

BƯỚC 2**Người thứ 3, tiếp**

11. Nếu sắc tộc là người Tây-Ban-Nha/La-Tinh— đánh dấu tất cả các ô áp dụng
 Người Mê-hi-cô Người Mỹ gốc Mê-hi-cô Người Chicano Người Póoc-to-ri-cô Người Cuba Khác
 Từ chối trả lời
-
12. Chủng Tộc — đánh dấu tất cả các ô áp dụng
 Người Mỹ Da đỏ hoặc Thổ dân Alaska Người Ấn Độ gốc Châu Á Người Mỹ Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi
 Người Trung Quốc Người Phi Luật Tân Người Đảo Guam hoặc Chamorro Người Nhật Người Đại Hàn
 Người Bản địa Hawaii Người gốc Châu Á khác Người Đảo quốc Thái Bình Dương khác Người Samoa
 Người Việt Nam Người Da Trắng Từ chối trả lời
-
13. Người thứ 3 có đang đăng ký bảo hiểm y tế không? Người thứ 3 có thể đăng ký mặc dù họ đã có bảo hiểm y tế.
 CÓ. Nếu có, **sang câu 14.**
 KHÔNG. Nếu không, và nếu quý vị cần đăng ký cho thêm một người khác trong đơn này, hãy **sang trang 9**. Nếu quý vị không cần đăng ký thêm một ai khác trong đơn này, **hãy sang trang 11 để hoàn thành Bước 3.**
-
14. Người thứ 3 có phải là công dân hoặc kiều dân Mỹ? CÓ. Nếu có, **sang câu 16.** KHÔNG
-
15. Nếu người thứ 3 không phải là một công dân hoặc kiều dân Mỹ, Người thứ 3 có tình trạng di trú hợp lệ không?
Chúng tôi chỉ sử dụng thông tin này để xác định sự hợp lệ. Xem phần Hướng dẫn Đăng ký để biết thêm về những tình trạng di trú hợp lệ.
 CÓ. Nếu có, **điền câu a-f.** KHÔNG. Nếu không, **sang câu 16.**
- a. Loại hồ sơ di trú: _____
- b. Mã số ID hồ sơ: _____
- c. Tình trạng: _____
- d. Ngày được cấp tình trạng này: _____
- e. Người thứ 3 có bao giờ sinh sống tại Mỹ từ năm 1996 không? Có Không
- f. Người thứ 3 hoặc vợ/chồng hoặc cha/mẹ của họ có phải là cựu quân nhân hoặc quân nhân đang tại ngũ trong quân đội Mỹ không? Có Không
-
16. Người thứ 3 có phải là người chăm sóc chính cho bất kỳ trẻ em nào dưới 19 tuổi mà: 1) hiện đang sống chung với người thứ 3 và 2) là người bà con của thứ 3 nhưng không phải là con ruột của Người thứ 3 không? Ví dụ, ông/bà nội hay ngoại (grandparent) là người chăm sóc chính cho một người cháu nội/ngoại.
 Có Không
- Nếu có, ghi tên/họ của (các) đứa trẻ. Không kể con nuôi, con ruột hoặc con ghê của Người thứ 3:

BƯỚC 2**BỔ SUNG THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH—NGƯỜI THỨ 4**

1. Tên hợp pháp (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ)

2. Tên trước khi lập gia đình hoặc tên khác đã sử dụng (tên, tên lót, họ)

3. Mối quan hệ với quý vị

4. Số An sinh Xã hội (SSN) – Tất cả những ai đang đăng ký bảo hiểm và có SSN cần phải cung cấp số của mình. Những người khác không bắt buộc phải cung cấp SSN, nhưng nếu cung cấp SSN thì đơn đăng ký có thể sẽ được duyệt xét nhanh hơn.

 Không có SSN Đã nộp đơn xin SSN

5. Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

6. Giới tính: Nam Nữ7. Người thứ 4 hiện đang sinh sống tại Oregon? Trả lời có mặc dù quý vị đang ở Oregon để tìm việc làm hoặc vì việc làm. *Chỉ trả lời nếu quý vị đang đăng ký bảo hiểm y tế cho Người thứ 4.* Có Không8. Người thứ 4 có ở tại cùng địa chỉ với quý vị? Có Khônga. Nếu không, tại sao không? (chọn một) Cơ sở điều trị cai nghiện rượu/ma túy Nhà cha mẹ nuôi Đang bị giam giữ trong tù Công việc làm Chăm sóc y tế dài hạn Cơ sở điều trị tâm thần Quân đội Cơ sở khác Trường học Nhà riêng Chăm sóc y tế ngắn hạn Không có địa chỉ nhà

b. Nếu không, ghi địa chỉ nhà: _____

9. Người thứ 4 có dự trù khai thuế liên bang 2017 trong năm 2018 không? Trả lời “có”, nếu Người thứ 4 dự trù khai thuế mặc dù họ sẽ không nợ thuế hoặc sẽ được hồi thuế. Người thứ 4 có thể đăng ký bảo hiểm y tế ngay cả khi họ không dự trù khai thuế.

 CÓ. Nếu có, **điền câu a-b dưới đây.** KHÔNG. Nếu không, **sang câu 10.**

a. Tình trạng khai thuế của Người thứ 4 sẽ là gì trong hồ sơ khai thuế 2017?

 Độc thân Chủ hộ gia đình Người góa vợ/chồng hợp lệNgười đã lập gia đình khai: Chung Riêng

Nếu đã lập gia đình, tên của vợ/chồng là gì? _____

b. Người thứ 4 có khai người phụ thuộc nào trong hồ sơ thuế không? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.

 Có Không

Tên/họ và ngày sinh của mỗi người phụ thuộc: _____

*Ghi chú: mỗi người được khai là người phụ thuộc, hoàn tất Bước 2.*10. Người thứ 4 có được người nào khác khai là người phụ thuộc trong hồ sơ thuế không? Có Không

Nếu có, ghi tên/họ và ngày sinh của người khai thuế đó: _____

Người thứ 4 có mối quan hệ gì với người khai thuế này? _____

11. Nếu sắc tộc là người Tây-Ban-Nha/La-Tinh— đánh dấu tất cả các ô áp dụng

 Người Mê-hi-cô Người Mỹ gốc Mê-hi-cô Người Chicano Người Póoc-to-ri-cô Người Cuba Khác Từ chối trả lời

BƯỚC 2**Người Thứ 4, tiếp**

12. Chủng Tộc — đánh dấu tất cả các ô áp dụng

- Người Mỹ Da đỏ hoặc Thổ dân Alaska Người Ấn Độ gốc Châu Á Người Mỹ Da Đen hoặc Mỹ gốc Phi
 Người Trung Quốc Người Phi Luật Tân Người Đảo Guam hoặc Chamorro Người Nhật Người Đại Hàn
 Người Bản địa Hawaii Người gốc Châu Á khác Người Đảo quốc Thái Bình Dương khác Người Samoa
 Người Việt Nam Người Da Trắng Từ chối trả lời

13. Người thứ 4 có đăng ký bảo hiểm y tế không? Người thứ 4 có thể đăng ký mặc dù họ đã có bảo hiểm y tế.

- CÓ. Nếu có, **sang câu 14.**
 KHÔNG. Nếu không, **sang trang 11 để hoàn thành Bước 3.**

14. Người thứ 4 có phải là công dân hoặc kiều dân Mỹ? CÓ. Nếu có, **sang câu 16.** KHÔNG

15. Nếu người 4 không phải là một công dân hoặc kiều dân Mỹ, Người thứ 4 có tình trạng di trú hợp lệ không?
Chúng tôi chỉ sử dụng thông tin này để xác định sự hợp lệ. Xem phần Hướng dẫn Đăng ký để biết thêm về những tình trạng di trú hợp lệ.

- CÓ. Nếu có, **điền câu a-f.** KHÔNG. Nếu không, **sang câu 16.**

a. Loại hồ sơ di trú: _____

b. Mã số ID hồ sơ: _____

c. Tình trạng: _____

d. Ngày được cấp tình trạng này: _____

e. Người thứ 4 có bao giờ sinh sống tại Mỹ từ năm 1996 không? Có Không

f. Người thứ 4 hoặc vợ/chồng hoặc cha/mẹ của họ có phải là cựu quân nhân hoặc quân nhân đang tại ngũ trong quân đội Mỹ không? Có Không

16. Người thứ 4 có phải là người chăm sóc chính cho bất kỳ trẻ em nào dưới 19 tuổi mà: 1) hiện đang sống chung với người thứ 4 và 2) là người bà con với người thứ 4 nhưng không phải là con ruột của Người thứ 4 không? Ví dụ, ông/bà nội hay ngoại (grandparent) là người chăm sóc chính cho một người cháu nội/ngoại.

- Có Không

Nếu có, ghi tên/họ của (các) đứa trẻ. Không kể con nuôi, con ruột hoặc con ghẻ của Người thứ 4:

BƯỚC 3**THU NHẬP VÀ CÁC KHOẢN KHẤU TRỪ**

Có ai trong đơn đăng ký của quý vị có thu nhập hoặc khấu trừ không?

Có. Nếu có, **hoàn thành Bước 3 cho mỗi người.** Không. Nếu không, **sang trang 15 để hoàn thành Bước 4.**

1. Ai có thu nhập và/hoặc khấu trừ?

Tên/họ _____ Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) _____

2. **THU NHẬP TỪ (CÁC) VIỆC LÀM:** *Nếu làm việc cho ai khác:* Hãy cho chúng tôi biết người này kiếm được bao nhiêu tiền lương/tiền bo (Trước thuế) từ mỗi việc làm. Đính kèm thêm giấy nếu người này có trên năm công việc làm. *Nếu hành nghề độc lập:* Đánh dấu vào ô dưới đây và sau đó cho chúng tôi biết lợi nhuận thật sự (net profit) (tức là thu nhập sau khi tất cả chi phí thương mại đã được khấu trừ) mà người này kiếm được là bao nhiêu. Ghi N/A nếu không ai có thu nhập từ công việc làm.

		Tháng này	Tháng tới	Tổng số thu nhập được ước tính năm nay
VIỆC LÀM 1	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$
VIỆC LÀM 2	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$
VIỆC LÀM 3	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$
VIỆC LÀM 4	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$
VIỆC LÀM 5	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$

CẦN GIÚP ĐỠ? Hãy gọi cho chúng tôi tại số **1-800-699-9075/TTY 711**. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều.

BƯỚC 3**THU NHẬP VÀ KHẤU TRỪ, tiếp**

3. THU NHẬP KHÁC: Một số người có thu nhập từ những nguồn khác. Cho chúng tôi biết nếu người này nhận thu nhập từ bất cứ nguồn nào được liệt kê dưới đây. Không tính tiền cấp dưỡng nuôi trẻ, tiền cấp dưỡng cựu quân nhân hoặc Trợ cấp An sinh (Supplemental Security Income, hoặc SSI) vì những loại thu nhập này không phải chịu thuế. Ghi N/A nếu không ai có thu nhập khác.

	Tháng này	Tháng tới	Tổng số thu nhập được ước tính năm nay
Tiền thất nghiệp Tên tiểu bang hoặc sở làm trả tiền thất nghiệp: _____	\$	\$	\$
Hưu trí/Hưu bổng	\$	\$	\$
Tiền lợi nhuận bán các khoản đầu tư	\$	\$	\$
Đầu tư	\$	\$	\$
Tiền cho thuê nhà/tác quyền thực sự	\$	\$	\$
Tiền lời thật sự từ nông trại/thủy sản	\$	\$	\$
Giải thưởng/tặng thưởng/cờ bạc	\$	\$	\$
Tiền cấp dưỡng ly dị đã nhận	\$	\$	\$
Tiền sòng bạc thanh toán cho từng đầu người	\$	\$	\$
Thu nhập Bộ Lạc phải chịu thuế	\$	\$	\$
Thu nhập khác phải chịu thuế	\$	\$	\$
Tiền Bảo hiểm An sinh Xã hội/SSDI (bao gồm cả số tiền phải chịu thuế và không chịu thuế)	\$	\$	\$

4. KHẤU TRỪ: Một số người có thể khấu trừ những khoản chi phí nhất định trong hồ sơ khai thuế thu nhập liên bang. Cho chúng tôi biết về những khoản khấu trừ sau đây mà người này khai trong hồ sơ thuế của mình. Đừng bao gồm những chi phí đã được khấu trừ từ thu nhập từ nghề độc lập trên trang trước. Ghi N/A nếu không ai có khấu trừ.

	Tháng này	Tháng tới	Tổng cộng thu nhập được ước tính năm nay
Tiền cấp dưỡng ly hôn đã trả	\$	\$	\$
Tiền lời của các khoản vay học sinh	\$	\$	\$
Chi phí học vấn	\$	\$	\$
Đóng góp IRA	\$	\$	\$
Tiền học phí/lệ phí	\$	\$	\$
Những khấu trừ khác	\$	\$	\$

QUAN TRỌNG!

Nếu quý vị ghi xuống thông tin về các khoản thu nhập/khấu trừ, hãy nhớ ghi các khoản cho tháng **Này**, tháng **Sau** và **tổng số thu nhập ước tính cho năm nay**, ngay cả khi số đó là số 0. Nếu quý vị để trống một đoạn, chúng tôi có thể sẽ hỏi quý vị bổ sung thêm.

BƯỚC 3**THU NHẬP VÀ KHẤU TRỪ, tiếp**

Nếu hơn hai người có tên trong đơn của quý vị có thu nhập hoặc khấu trừ, hãy sao chép mặt trước và mặt sau của trang này trước khi điền và kèm nó theo với đơn của quý vị.

1. Ai có thu nhập và/hoặc khấu trừ?

Tên/họ _____ Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) _____

2. **THU NHẬP TỪ (CÁC) VIỆC LÀM:** *Nếu làm việc cho ai khác:* Hãy cho chúng tôi biết người này kiếm được bao nhiêu tiền lương/tiền bo (Trước thuế) từ mỗi việc làm. Đính kèm thêm giấy nếu người này có trên năm công việc làm. *Nếu hành nghề độc lập:* Đánh dấu vào ô dưới đây và sau đó cho chúng tôi biết lợi nhuận thật sự (net profit) (tức là thu nhập sau khi tất cả chi phí thương mại đã được khấu trừ) mà người này kiếm được là bao nhiêu. Ghi N/A nếu không ai có thu nhập từ công việc làm.

		Tháng này	Tháng tới	Tổng số thu nhập được ước tính năm nay
VIỆC LÀM 1	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$
VIỆC LÀM 2	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$
VIỆC LÀM 3	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$
VIỆC LÀM 4	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$
VIỆC LÀM 5	Tên và địa chỉ sở làm (bao gồm thành phố và tiểu bang) Ngày bắt đầu việc làm (THÁNG/NĂM): _____ <input type="checkbox"/> Hành nghề độc lập? Loại việc làm: _____	\$	\$	\$

CẦN GIÚP ĐỠ? Hãy gọi cho chúng tôi tại số **1-800-699-9075**/TTY 711. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều.

VI OHA 7210 (Rev 09/16)

BƯỚC 3**THU NHẬP VÀ KHẤU TRỪ, tiếp**

3. **THU NHẬP KHÁC:** Một số người có thu nhập từ những nguồn khác. Cho chúng tôi biết nếu người này nhận thu nhập từ bất cứ nguồn nào được liệt kê dưới đây. Không tính tiền cấp dưỡng nuôi trẻ, tiền cấp dưỡng cựu quân nhân hoặc Trợ cấp An sinh (Supplemental Security Income, hoặc SSI) vì những loại thu nhập này không phải chịu thuế. Ghi N/A nếu không ai có thu nhập khác.

	Tháng này	Tháng tới	Tổng số thu nhập được ước tính năm nay
Tiền thất nghiệp Tên tiểu bang hoặc sở làm trả tiền thất nghiệp: _____	\$	\$	\$
Hưu trí/Hưu bổng	\$	\$	\$
Tiền lợi nhuận bán các khoản đầu tư	\$	\$	\$
Đầu tư	\$	\$	\$
Tiền cho thuê nhà/tác quyền thực sự	\$	\$	\$
Tiền lời thật sự từ nông trại/thủy sản	\$	\$	\$
Giải thưởng/tặng thưởng/cờ bạc	\$	\$	\$
Tiền cấp dưỡng ly dị đã nhận	\$	\$	\$
Tiền sòng bạc thanh toán cho từng đầu người	\$	\$	\$
Thu nhập Bộ Lạc phải chịu thuế	\$	\$	\$
Thu nhập khác phải chịu thuế	\$	\$	\$
Tiền Bảo hiểm An sinh Xã hội/SSDI (bao gồm cả số tiền phải chịu thuế và không chịu thuế)	\$	\$	\$

4. **KHẤU TRỪ:** Một số người có thể khấu trừ những khoản chi phí nhất định trong hồ sơ khai thuế thu nhập liên bang. Cho chúng tôi biết về những khoản khấu trừ sau đây mà người này khai trong hồ sơ thuế của mình. Đừng bao gồm những chi phí đã được khấu trừ từ thu nhập từ nghề độc lập trên trang trước. Ghi N/A nếu không ai có khấu trừ.

	Tháng này	Tháng tới	Tổng cộng thu nhập được ước tính năm nay
Tiền cấp dưỡng ly hôn đã trả	\$	\$	\$
Tiền lời của các khoản vay học sinh	\$	\$	\$
Chi phí học vấn	\$	\$	\$
Đóng góp IRA	\$	\$	\$
Tiền học phí/lệ phí	\$	\$	\$
Những khấu trừ khác	\$	\$	\$

**Tiếp tục sang Bước 4 nếu không có ai khác có thu nhập.
QUÝ VỊ SẮP ĐIỀN XONG ĐƠN CỦA QUÝ VỊ!**

BƯỚC 4**NHỮNG CÂU HỎI BỔ SUNG VỀ GIA ĐÌNH**

Vui lòng trả lời câu hỏi 1-2 cho tất cả mọi người có tên trong đơn của quý vị, cho dù họ có đang đăng ký bảo hiểm y tế hay không, ngay cả khi câu trả lời là không. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống, hãy sao chép trang này trước khi điền và kèm chung với đơn của quý vị.

1. Có ai đang mang thai? CÓ. Nếu có, cho chúng tôi thông tin về họ. KHÔNG.

Ngày sinh con, theo sự phỏng đoán tốt nhất của quý vị, mặc dù quý vị chưa đến khám thai với bác sĩ:

Tên/Họ	Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)	Ngày dự sinh	Sẽ sinh bao nhiêu em bé? Bỏ trống nếu không biết

2. Có ai hiện đang ở tù? CÓ. Nếu có, cho chúng tôi thông tin về họ. KHÔNG.

Tên/Họ	Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)	Ngày dự tính sẽ ra tù

Vui lòng chỉ trả lời câu hỏi 3-9 cho những người có tên trong đơn của quý vị mà muốn đăng ký bảo hiểm y tế, mặc dù câu trả lời là không.

3. Có người nào đang là thành viên trong một Bộ lạc, Nhóm hoặc Làng (Pueblo) được Chính phủ Liên bang công nhận, hoặc là một cổ đông trong một Công ty hoặc Làng thuộc Thổ địa Alaska được Chính phủ Liên Bang công nhận?
 CÓ. Nếu có, cho chúng tôi thông tin về họ. KHÔNG.

Tên/Họ	Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)	Tên Bộ Lạc

4. Có ai có cha mẹ hoặc ông bà là thành viên đang là thành viên trong một Bộ Lạc, Nhóm, hoặc Làng được Chính phủ Liên bang công nhận, hoặc là một cổ đông trong một Công ty hoặc Làng thuộc Thổ địa Alaska được Chính phủ Liên Bang công nhận, **VÀ/HOẶC** có ai đang nhận hoặc đủ tiêu chuẩn để nhận dịch vụ từ Chương trình Dịch vụ Y tế Dành cho Thổ dân Da Đỏ (Indian Health Services), các Phòng khám của Bộ lạc hoặc Phòng khám vùng Đô thị của Bộ lạc?
 CÓ. Nếu có, cho chúng tôi thông tin về họ. KHÔNG.

Tên/Họ	Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

BƯỚC 4**NHỮNG CÂU HỎI BỔ SUNG VỀ GIA ĐÌNH, tiếp**

5. Có ai bị mù vĩnh viễn? CÓ. Nếu có, cho chúng tôi thông tin về họ. KHÔNG.

Tên/Họ	Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

6. Có ai có khuyết tật sẽ kéo dài hơn 12 tháng **VÀ/HOẶC** có ai cần trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày như đi đứng, ăn uống và nhắc nhở?

CÓ. Nếu có, cho chúng tôi thông tin về họ. KHÔNG.

Tên/Họ	Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

7. Có ai đủ tiêu chuẩn để nhận hoặc đang nhận Trợ cấp An sinh (SSI)?

CÓ. Nếu có, cho chúng tôi thông tin về họ. KHÔNG.

Tên/Họ	Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

8. Có ai 18 tuổi và là học sinh trung học toàn thời gian? CÓ. Nếu có, cho chúng tôi thông tin về họ. KHÔNG.

Tên/Họ	Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

9. Có ai có hóa đơn y tế chưa thanh toán trong 3 tháng vừa qua **HOẶC** có ai được nhận dịch vụ y tế miễn phí trong 3 tháng vừa qua? CÓ. Nếu có, cho chúng tôi thông tin về họ. KHÔNG.

Tên/Họ	Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)

BƯỚC 5



BẢO HIỂM Y TẾ HIỆN TẠI

Có ai đang có, được mời đăng ký hoặc đủ tiêu chuẩn để đăng ký bảo hiểm y tế không? Trả lời có mặc dù họ quyết định không đăng ký vì lý do tài chính, chất lượng bảo hiểm hoặc lý do khác.

CÓ. Nếu có, hoàn thành câu 1-3 cho mỗi người. KHÔNG. Nếu không, sang trang 19 để hoàn thành Bước 6.

Tên/Họ _____ Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) _____

1. Liệt kê bảo hiểm y tế mà người này có, được mời đăng ký hoặc đủ tiêu chuẩn để đăng ký cho:

a. Loại bảo hiểm: Tư Sở làm COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 các chương trình bảo hiểm sức khỏe cho cựu quân nhân bảo hiểm dành cho người về hưu

b. Nếu biết, dự trù: Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

c. Người này có đang tham gia vào chương trình này không?

CÓ. Nếu có, cho biết những thông tin sau đây. KHÔNG

Tên hãng bảo hiểm: _____ Mã số hợp đồng/Policy ID: _____

Tên chủ hợp đồng: _____ Ngày sinh của người chủ hợp đồng: _____

2. Có phải người này có bảo hiểm y tế nhưng không thể sử dụng quyền lợi bảo hiểm của mình được?

Vâng, vì lý do: Quan ngại về sự an toàn Khoảng cách từ những nơi chăm sóc y tế Lý do khác Không

3. Người này có đang tham gia vào chương trình Medicaid/CHIP ở bất cứ tiểu bang nào (thí dụ, Chương trình Y tế Oregon (Oregon Health Plan) ở Oregon) hay không?

Có. Nếu có, tiểu bang nào? _____ Ngày dự trù chấm dứt: _____

Không

Tên/Họ _____ Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) _____

1. Liệt kê bảo hiểm y tế mà người này có, được mời đăng ký hoặc đủ tiêu chuẩn để đăng ký cho:

a. Loại bảo hiểm: Tư Sở làm COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 các chương trình bảo hiểm sức khỏe cho cựu quân nhân bảo hiểm dành cho người về hưu

b. Nếu biết, dự trù: Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

c. Người này có đang tham gia vào chương trình này không? CÓ. Nếu có, cho biết những thông tin sau đây. KHÔNG

Tên hãng bảo hiểm: _____ Mã số hợp đồng/Policy ID: _____

Tên chủ hợp đồng: _____ Ngày sinh của người chủ hợp đồng: _____

2. Có phải người này có bảo hiểm y tế nhưng không thể sử dụng quyền lợi bảo hiểm của mình được?

Vâng, vì lý do: Quan ngại về sự an toàn Khoảng cách từ những nơi chăm sóc y tế Lý do khác

Không

3. Người này có đang tham gia vào chương trình Medicaid/CHIP ở bất cứ tiểu bang nào (thí dụ, Chương trình Y tế Oregon (Oregon Health Plan) ở Oregon) hay không?

Có. Nếu có, tiểu bang nào? _____ Ngày dự trù chấm dứt: _____

Không

BƯỚC 5

BẢO HIỂM Y TẾ HIỆN TẠI, tiếp

Tên/Họ _____ Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) _____

1. Liệt kê bảo hiểm y tế mà người này có, được mời đăng ký hoặc đủ tiêu chuẩn để đăng ký cho:

a. Loại bảo hiểm: Tư Sở làm COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 các chương trình bảo hiểm sức khỏe cho cựu quân nhân bảo hiểm dành cho người về hưu

b. Nếu biết, dự trù: Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

c. Người này có đang tham gia vào chương trình này không? CÓ. Nếu có, cho biết những thông tin sau đây. KHÔNG

Tên hãng bảo hiểm: _____ Mã số hợp đồng/Policy ID: _____

Tên chủ hợp đồng: _____ Ngày sinh của người chủ hợp đồng: _____

2. Có phải người này có bảo hiểm y tế nhưng không thể sử dụng quyền lợi bảo hiểm của mình được?

Vâng, vì lý do: Quan ngại về sự an toàn Khoảng cách từ những nơi chăm sóc y tế Lý do khác

Không

3. Người này có đang tham gia vào chương trình Medicaid/CHIP ở bất cứ tiểu bang nào (thí dụ, Chương trình Y tế Oregon (Oregon Health Plan) ở Oregon) hay không?

Có. Nếu có, tiểu bang nào? _____ Ngày dự trù chấm dứt: _____

Không

Tên/Họ _____ Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) _____

1. Liệt kê bảo hiểm y tế mà người này có, được mời đăng ký hoặc đủ tiêu chuẩn để đăng ký cho:

a. Loại bảo hiểm: Tư Sở làm COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 các chương trình bảo hiểm sức khỏe cho cựu quân nhân bảo hiểm dành cho người về hưu

b. Nếu biết, dự trù: Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

c. Người này có đang tham gia vào chương trình này không? CÓ. Nếu có, cho biết những thông tin sau đây. KHÔNG

Tên hãng bảo hiểm: _____ Mã số hợp đồng/Policy ID: _____

Tên chủ hợp đồng: _____ Ngày sinh của người chủ hợp đồng: _____

2. Có phải người này có bảo hiểm y tế nhưng không thể sử dụng quyền lợi bảo hiểm của mình được?

Vâng, vì lý do: Quan ngại về sự an toàn Khoảng cách từ những nơi chăm sóc y tế Lý do khác

Không

3. Người này có đang tham gia vào chương trình Medicaid/CHIP ở bất cứ tiểu bang nào (thí dụ, Chương trình Y tế Oregon (Oregon Health Plan) ở Oregon) hay không?

Có. Nếu có, tiểu bang nào? _____ Ngày dự trù chấm dứt: _____

Không

Tôi ký đơn này chiếu theo hình phạt về khai man, điều đó có nghĩa là tôi đã trả lời đúng sự thật tất cả những câu hỏi trên mẫu đơn này với sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi biết tôi có thể bị chế tài theo luật pháp liên bang hoặc chịu trách nhiệm với những khoảng trả lỗi theo luật pháp của liên bang, nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch và không đúng sự thật.

Tôi biết tôi phải báo cáo cho Cơ quan Quản lý Y tế Oregon (Oregon Health Authority, hoặc OHA) khi có bất cứ thay đổi nào hoặc điều gì khác biệt so với những điều tôi đã viết trên đơn này. Tôi có thể gọi số **1-800-699-9075** nếu có thay đổi để thông báo. Tôi hiểu rằng một sự thay đổi trong những thông tin của tôi có thể ảnh hưởng đến tính hợp lệ của (những) thành viên trong gia đình tôi.

Tôi hiểu rằng theo luật pháp của liên bang, hành vi kỳ thị không được cho phép dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, quốc gia gốc, giới tính, tuổi tác, xu hướng tình dục, giới tính xác định, hoặc tình trạng khuyết tật. Tôi có thể nộp đơn khiếu nại về sự kỳ thị bằng cách truy cập www.hhs.gov/ocr/office/

Tôi đã đọc bản *Hướng dẫn Đăng ký* và đồng ý với tất cả các mục trên đó. (Quý vị có thể tìm thấy bản *Hướng dẫn Đăng ký* trên trực tuyến tại www.OHP.oregon.gov.)

Luật pháp Tiểu bang quy định rằng tất cả những cá nhân đang nhận bảo hiểm từ Chương trình Y tế Oregon tự động cấp cho OHA quyền nhận tiền thanh toán từ những nơi khác mà theo luật có trách nhiệm thanh toán một phần hoặc tất cả những chi phí y tế của những cá nhân đó. Điều này bao gồm các chương trình bảo hiểm y tế khác, bảo hiểm trách nhiệm hoặc những cá nhân khác. Nó cũng bao gồm những khoản thanh toán còn thiếu quý vị vì người khác đã gây thương tích cho quý vị. Quyền nhận tiền thanh toán sẽ không vượt quá số tiền OHP hoặc tổ chức chăm sóc phối hợp của quý vị đã trả.

Tôi đồng ý sẽ thông báo cho OHA (hoặc người được OHA chỉ định) và tổ chức chăm sóc phối hợp của tôi khi tôi truy đòi bồi thường từ bất cứ người nào đã gây thương tích cho tôi hoặc thành viên gia đình có bảo hiểm OHP, và, khi được yêu cầu, sẽ cung cấp thông tin cần thiết để được tiền bồi hoàn.

SỬ DỤNG SỐ AN SINH XÃ HỘI (SSN):

Những luật liên bang này quy định rằng bất cứ ai đăng ký trợ cấp y tế cũng phải cung cấp một SSN: Các luật liên bang - 42 USC 1320b-7(a), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b). Khi quý vị viết SSN của mình trên đơn đăng ký, việc này có nghĩa là quý vị cho phép OHA sử dụng nó và chia sẻ nó với những người/cơ quan khác vì những lý do đặc biệt sau đây:

- Để giúp chúng tôi quyết định liệu quý vị hội đủ tiêu chuẩn để nhận trợ cấp hay không. Chúng tôi sẽ sử dụng SSN mà quý vị cung cấp để bảo đảm số thu nhập và tài sản quý vị ghi trên đơn là chính xác. Chúng tôi sẽ đối chiếu thông tin từ các hồ sơ tiểu bang và liên bang khác, ví dụ như Sở Thuế Vụ liên bang, Sở Thuế Vụ tiểu bang, chương trình Medicaid, chương trình bảo dưỡng trẻ em, An sinh Xã hội và trợ cấp thất nghiệp.
- Để viết báo cáo về Chương trình Y tế Oregon.
- Để điều hành chương trình mà quý vị đang đăng ký hoặc đang nhận trợ cấp bảo hiểm từ, nếu cần.
- Để giúp chúng tôi cải tiến các chương trình bằng cách tiến hành kiểm tra chất lượng và các hoạt động khác.
- Để bảo đảm rằng chúng tôi cấp đúng số tiền trợ cấp cho quý vị và thu hồi tiền nếu chúng tôi trả dư.

QUYỀN ĐIỀU TRẦN CỦA QUÝ VỊ

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định OHA đưa ra liên quan đến tính hợp lệ của quý vị, hoặc quý vị không nhận được quyết định của chúng tôi trong vòng 45 ngày, quý vị có quyền yêu cầu điều trần. Quý vị cũng có quyền chọn một đại diện được ủy quyền để hành động thay mặt cho quý vị trong tiến trình điều trần.

Chúng tôi khuyến khích quý vị gọi điện thoại cho chúng tôi theo số **1-800-699-9075** để nêu lên những thắc mắc về sự hợp lệ của quý vị hoặc về quá trình điều trần, hoặc cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin về quý vị và/hoặc gia đình quý vị.

Nếu quý vị muốn yêu cầu điều trần, quý vị phải nộp đơn yêu cầu trong vòng 90 ngày kể từ ngày ghi trên thông báo về sự hợp lệ mà quý vị sẽ nhận được (qua bưu điện hoặc email). Hạn chót để yêu cầu điều trần của quý vị không thay đổi mặc dù quý vị có liên lạc với chúng tôi.

BƯỚC 6

ĐỌC VÀ KÝ TÊN, tiếp

MỘT NHÂN VIÊN BẢO HIỂM HOẶC ĐỐI TÁC CỘNG ĐỒNG ĐÃ GIÚP ĐỠ QUÝ VỊ?

Nếu một nhân viên bảo hiểm có chứng nhận hoặc một đối tác cộng đồng đã giúp đỡ quý vị với đơn này, vui lòng cung cấp thông tin của người này.

Tên Nhân viên/Người trợ giúp	Tên tổ chức	Mã số của Người trợ giúp (Assister ID)
------------------------------	-------------	--

Date of request (Official use only/Dành riêng cho giới chức sử dụng)

TRUY CẬP DỮ LIỆU THU NHẬP TRONG NHỮNG NĂM SAU

Để biết nếu quý vị có đủ điều kiện nhận quyền lợi bảo hiểm từ Chương trình Y tế Oregon trong những năm sau này hay không, quý vị có thể cho phép Cơ quan Quản lý Y tế Oregon tiếp tục truy cập các dữ liệu về thu nhập của quý vị (kể cả hồ sơ khai thuế của quý vị, trong một số trường hợp). Nếu quý vị muốn làm việc này, quý vị có thể đồng ý bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với chúng tôi theo số điện thoại 1-800-699-9075. Quý vị cũng có thể cập nhật thông tin về thu nhập mà quý vị đã cung cấp trên đơn này vào bất cứ lúc nào. Quý vị có muốn cho phép OHA truy cập thông tin về thu nhập của quý vị trong những năm tới không? Có Không

CHƯA ĐĂNG KÝ BỎ PHIẾU BẦU CỬ NƠI QUÝ VỊ ĐANG Ở HIỆN NAY?

Nếu quý vị chưa đăng ký bỏ phiếu bầu cử nơi quý vị đang ở, quý vị có muốn đăng ký hôm nay không?
 Có Không.

Đăng ký, hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà cơ quan này sẽ cung cấp cho quý vị.

KÝ TÊN TRÊN ĐƠN NÀY

Người liên lạc chính mà đã hoàn tất Bước 1 phải ký tên trên đơn này. Bằng cách ký tên trên đơn này, quý vị xác nhận rằng quý vị đã được tất cả những người có tên trong đơn này cho phép nộp thông tin của họ và nhận thư tín về sự hợp lệ và tình trạng đăng ký của họ.

Nếu quý vị có một đại diện được ủy quyền, người đó có thể ký tên thay cho quý vị. Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị chỉ có thể ký tên ở đây nếu quý vị và người nộp đơn đã hoàn tất và ký tên trên mẫu Đại diện được Ủy quyền (Authorized Representative) (**Phụ lục B**).

Tên viết hoa	Chữ ký	Ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM)
--------------	--------	-----------------------

NHỮNG TRANG BỔ SUNG: PHỤ LỤC A, B và C

- Sử dụng **Phụ lục A** để chọn một tổ chức chăm sóc phối hợp (CCO) và/hoặc chương trình bảo hiểm nha khoa. Nếu quý vị không chọn một CCO bây giờ, quý vị sẽ được tự động ghi danh vào một chương trình trong khu vực của quý vị.
- Sử dụng **Phụ lục B** để chọn và cho chúng tôi biết người đại diện được ủy quyền của quý vị. Quý vị sẽ phải hoàn tất mẫu này trước khi người đại diện được ủy quyền của quý vị có thể ký tên trên đơn đăng ký và/hoặc nói chuyện với OHA thay mặt cho quý vị.
- Sử dụng **Phụ lục C** để cho phép một Tổ chức Đối tác Cộng đồng xem và sử dụng thông tin cá nhân của quý vị để giúp quý vị đăng ký bảo hiểm y tế.

CÁCH THỨC GỬI ĐƠN CỦA QUÝ VỊ

Gửi đơn đã ký tên của quý vị cho chúng tôi qua bưu điện hoặc fax.

Qua bưu điện OHP Customer Service
P.O. Box 14015
Salem, OR 97309-5032

Fax: 503-378-5628

CHÚC MỪNG, QUÝ VỊ ĐÃ ĐIỀN XONG! RỒI VIỆC GÌ SẼ XẢY RA?

Chúng tôi sẽ cho quý vị và gia đình biết quý vị hội đủ điều kiện cho chương trình nào trong thời gian sớm nhất. Nếu quý vị không được thông tin gì của chúng tôi trong vòng 45 ngày, hãy gọi số **1-800-699-9075**.

CẦN GIÚP ĐỠ? Hãy gọi cho chúng tôi tại số **1-800-699-9075**/TTY 711. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều.

VI OHA 7210 (Rev 09/16)

PHỤ LỤC A

CHỌN MỘT TỔ CHỨC CHĂM SÓC PHỐI HỢP (CCO)

Hầu hết các thành viên OHP được ghi danh vào một CCO trong khu vực của họ.

Một CCO là một mạng lưới địa phương của hầu hết những nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần và cai nghiện, và đôi khi có cả những nơi chăm sóc nha khoa. Những nơi cung cấp dịch vụ này cùng làm việc với nhau trong cộng đồng của họ để phục vụ thành viên OHP.

Quý vị có thể cho chúng tôi biết sự lựa chọn ưu tiên một và ưu tiên hai cho CCO của quý vị dưới đây. Để tìm một danh sách CCO trong khu vực của quý vị và biết thêm về họ, hãy truy cập www.OHP.Oregon.gov. Có lẽ quý vị nên hỏi (những) nơi cung cấp dịch vụ họ chấp nhận CCO nào. Hơn nữa, những người đang nhận Medicare được trao những lựa chọn đăng ký CCO khác nhau. Vui lòng xem *bản Hướng dẫn Đăng ký* để biết thêm thông tin, nếu quý vị có Medicare.

Lưu ý: Thông tin về Bộ lọc cho những người đủ điều kiện tham gia OHP

Vui lòng ghi nhớ những điều sau đây đối với các thành viên gia đình mà: 1) đang là một thành viên của Bộ Lọc 2) có cha mẹ hoặc ông bà đang là thành viên của Bộ Lọc, và/hoặc 3) đủ tiêu chuẩn để được chăm sóc bởi Chương trình Dịch vụ Y tế Dành cho Thổ dân Da Đỏ, các Phòng khám Sức khỏe của Bộ lọc hoặc Phòng khám Sức khỏe vùng Đô thị của Bộ lọc.

- Nếu quý vị hội đủ điều kiện tham gia OHP, quý vị sẽ được bảo hiểm theo dạng thẻ mở (open card), **TRỪ KHI** quý vị chọn đăng ký với một CCO (nếu có) bằng cách liệt kê các lựa chọn của quý vị dưới đây. Nếu quý vị không muốn đăng ký vào một CCO, đừng điền các ô dưới đây.
- Quý vị vẫn có thể được chăm sóc bởi Dịch vụ Y tế Dành cho Thổ dân Da Đỏ, các Phòng khám Sức khỏe của Bộ lọc và các Phòng khám Sức khỏe vùng Đô thị của Bộ lọc, bất kể quý vị đang tham gia trong một CCO hoặc được bảo hiểm theo dạng thẻ mở.

CHỌN MỘT CCO

Sử dụng những ô dưới đây để cho chúng tôi biết quý vị muốn CCO nào. Quý vị không buộc phải chọn CCO ngay bây giờ. Nhưng, nếu quý vị không chọn bây giờ, thì một CCO sẽ được chỉ định cho quý vị căn cứ vào nơi quý vị đang sinh sống (trừ khi những ngoại lệ liên quan đến Bộ Lọc nêu trên áp dụng với quý vị).

Nếu CCO mà quý vị chọn không tiếp nhận thành viên mới, có thể quý vị sẽ được liên hệ để chọn một CCO mới.

CCO – Lựa chọn thứ nhất:

CCO – Lựa chọn thứ hai:

Vui lòng tham khảo bản *Hướng dẫn Đăng ký* để biết thêm thông tin về cách chọn một CCO.

PHỤ LỤC B

ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN

Quý vị có thể chọn một đại diện được ủy quyền để nói chuyện với Cơ quan Quản lý Y tế Oregon thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn chọn một người đại diện được ủy quyền, hãy dùng mẫu này để cho chúng tôi biết về người mà quý vị đã chọn. Quý vị và người đại diện được ủy quyền của quý vị phải ký tên trên mẫu này. *Nếu trước đây quý vị đã chỉ định một đại diện, thì người có tên dưới đây sẽ thay thế cho đại diện đó.*

1. Quý vị có thể chọn một cá nhân hoặc một tổ chức để làm đại diện được ủy quyền cho quý vị. Nếu đại diện được ủy quyền của quý vị là một: Cá nhân, **vui lòng điền câu a.** Tổ chức, **vui lòng điền câu b.**

a. **Cá nhân:** Tên hợp pháp (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ) _____

Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM) _____

b. **Tổ chức:** Tên tổ chức _____

Tên người liên lạc của tổ chức (tên, tên lót, họ và tiếp vĩ ngữ) _____

Ngày sinh của người liên lạc của tổ chức (THÁNG/NGÀY/NĂM) _____

2. Địa chỉ nhận thư

3. Số phòng/Căn hộ

4. Thành phố

5. Tiểu bang

6. Mã vùng (ZIP code)

7. Quận

8. Địa chỉ Email

9. Mối quan hệ giữa quý vị và người đại diện được ủy quyền là gì?

Người được Ủy quyền Quyết định Thực thể bên ngoài Giám hộ Pháp lý Người thi hành Bạn

Vợ/chồng Người nhận tiền thay thế theo luật Thành viên gia đình Phụ huynh của một vị thành niên

Khác: _____

10. Viết hoa tên người nộp đơn:

11. Ngày sinh của người nộp đơn:

12. Chữ ký của người nộp đơn:

13. Ngày

ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN: Bằng cách ký tên dưới đây, tôi hiểu rằng tôi phải chịu trách nhiệm trả lại số tiền trả dư nếu tôi cố ý giữ lại hoặc cung cấp thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ. Tôi cũng hiểu rằng tôi phải duy trì bảo mật những thông tin do Cơ quan Quản lý Y tế Oregon cung cấp liên quan đến người nộp đơn và những người có tên trên đơn.

14. Viết hoa tên người đại diện được ủy quyền

15. Chữ ký của người đại diện được ủy quyền

Ngày

Quý vị có thể nộp mẫu này cùng với đơn đăng ký của quý vị hoặc gửi riêng bằng cách:

- Gửi fax đến số 503-378-5628 hoặc
- Gửi qua bưu điện đến OHP Customer Service, PO Box 14015, Salem, OR 97309-5032

OHA 0232 (11/15)

PHỤ LỤC C

THỎA THUẬN TRỢ GIÚP CỦA ĐỐI TÁC CỘNG ĐỒNG - OHP 6610 (04/16)

1. Tên của Tổ chức Đối tác Cộng đồng	2. Tên của người trợ giúp điền đơn	3. Mã số của người trợ giúp	
4. Địa chỉ	5. Thành phố	6. Tiểu bang	7. Mã vùng (ZIP code)
8. Tên (tên, tên lót, họ)	9. Ngày sinh của người nộp đơn	10. Số điện thoại của người nộp đơn	
11. Tổng số thành viên trong hộ gia đình:		12. Số thành viên gia đình trên 18 tuổi:	

NGƯỜI NỘP ĐƠN: Tôi đồng ý cho phép Tổ chức Đối tác Cộng đồng (Community Partner Organization) và Người trợ giúp Điền Đơn (Application Assister) có tên trên đây xem và sử dụng thông tin cá nhân của tôi để giúp tôi làm đơn đăng ký bảo hiểm sức khỏe.

Nếu đang đăng ký, đang ghi danh tham gia, đang duy trì và/hoặc thay đổi bảo hiểm y tế của tôi thông qua một Chương trình Y tế Công (bao gồm Chương trình Y tế Oregon, CAWEM và CAWEM Plus): Tôi cho phép Cơ quan Quản lý Y tế Oregon (OHA) chia sẻ đơn đăng ký của tôi, các chi tiết và tình trạng ghi danh, các quyền lợi bảo hiểm, và các thông tin y tế được bảo vệ của tôi với Tổ chức Đối tác Cộng đồng và Người trợ giúp Điền Đơn có tên ở trên. Tổ chức Đối tác Cộng đồng này được quy định phải bảo mật và giữ tính riêng tư cho những thông tin đã được ký tên. Tôi cho phép OHA bổ sung Tổ chức Đối tác Cộng đồng và Người trợ giúp Điền Đơn này vào hồ sơ của tôi để xác nhận rằng tôi đồng ý cho phép tiết lộ thông tin này.

Tôi hiểu rằng Tổ chức Đối tác Cộng đồng và Người trợ giúp Điền Đơn **SẼ:**

- Cho tôi biết tôi có khả năng tham gia chương trình bảo hiểm y tế nào và hưởng hình thức trợ cấp tài chính nào;
- Giúp tôi ghi danh và chia sẻ thông tin trong đơn của tôi với một Chương trình Y tế Công (Public Medical Program) hoặc một Chương trình Y tế có Điều kiện (Qualified Health Plan);
- Giúp đỡ tôi bằng ngôn ngữ mà tôi chọn hoặc giới thiệu tôi đến các đối tác khác, những người có thể giúp tôi bằng ngôn ngữ mà tôi nói và hiểu được.

Tôi hiểu rằng Tổ chức Đối tác Cộng đồng và cá nhân Người trợ giúp Điền Đơn **KHÔNG ĐƯỢC:**

- Tính tiền phí với tôi cho những trợ giúp mà họ đã cung cấp;
- Chọn hoặc đề nghị một chương trình bảo hiểm y tế cho tôi.

Tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo thông tin chính xác trong đơn xin này, và tôi phải trả lời bất cứ thông báo nào về thông tin thiếu sót hoặc thông tin không chính xác khi có yêu cầu.

Tôi có thể hủy bỏ quyết định cho phép Tổ chức Đối tác Cộng đồng trợ giúp tôi vào bất kỳ lúc nào nếu tôi được ghi danh vào một Chương trình Y tế Công. Nếu tôi hủy bỏ quyết định cho phép này, tôi sẽ báo cho OHA biết bằng cách gọi số **1-800-699-9075** hoặc bằng cách fax yêu cầu của tôi đến **503-378-5628**.

Tôi hiểu rằng nếu tôi hủy bỏ quyết định cho phép này của tôi, thì việc hủy bỏ này sẽ không áp dụng đối với những thông tin đã được OHA chia sẻ với Tổ chức Đối tác Cộng đồng hoặc Người trợ giúp Điền Đơn. Tôi cũng hiểu rằng các thông tin mà OHA nhận được có thể cũng được chia sẻ với Tổ chức Đối tác Cộng đồng và Người trợ giúp Điền Đơn, và rằng Tổ chức Đối tác Cộng đồng và Người trợ giúp Điền Đơn đó có thể sẽ chia sẻ những thông tin này. OHA sẽ không chia sẻ những thông tin về sức khỏe tâm thần, HIV/AIDS, điều trị cai rượu và ma túy, hoặc thử nghiệm di truyền khi không có sự cho phép trước của tôi để làm điều này.

13. Chữ ký	Ngày
------------	------

14. Giấy ủy quyền này có giá trị trong một năm kể từ ngày ký, trừ khi được chỉ định khác theo đây:

Nếu quý vị có một đại diện được ủy quyền, người đó có thể ký tên thay cho quý vị. Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị chỉ có thể ký tên ở đây nếu quý vị và người nộp đơn đã hoàn tất và ký tên trên mẫu Đại diện được Ủy quyền (Authorized Representative) (**Phụ lục B**).

Quý vị có thể nộp mẫu này cùng với đơn đăng ký của quý vị hoặc gửi riêng bằng cách:

- Gửi fax đến số 503-378-5628 hoặc
- Gửi qua bưu điện đến OHP Customer Service, PO Box 14015, Salem, OR 97309-5032

CẦN GIÚP ĐỠ? Hãy gọi cho chúng tôi tại số **1-800-699-9075**/TTY 711. Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 7 giờ sáng đến 6 giờ chiều.