

Đơn Gia hạn Bảo hiểm OHP – PHẦN 2

Nếu quý vị không có thay đổi nào trong gia hộ của quý vị, chẳng hạn như mức thu nhập, có người mang thai hoặc thay đổi địa chỉ, thì quý vị không cần phải điền đơn này.

Vui lòng xem *Đơn Gia hạn Bảo hiểm OHP - Phần 1* để có được một danh sách liệt kê đầy đủ các thay đổi.

Một *Bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP* đã được gửi cho quý vị kèm với mẫu đơn này. Bản hướng dẫn này có những thông tin hữu ích về cách trả lời các câu hỏi trong mỗi phần. Quý vị cũng có thể tìm thấy bản hướng dẫn này trên trang web www.OHP.oregon.gov.

1. Mã số Hồ sơ (Case number ID) của quý vị là gì? Mã số Hồ sơ của quý vị được ghi trên lá thư đi kèm với mẫu đơn này.

Mã số Hồ sơ:

Tên:

Họ:

Ngày sinh:

Vui lòng tô hết ô tròn. Đừng viết chữ X hay dấu ✓. Đánh dấu chính xác: ● Đánh dấu không chính xác: ⊗ ⊙

2. Để giúp chúng tôi xử lý đơn đăng ký của quý vị nhanh hơn, vui lòng đánh dấu tất cả những gì phù hợp dưới đây:

Một người trong gia đình tôi:

Đang mang thai.

Có một nhu cầu y tế khẩn cấp.

Nằm trong một trong những tình trạng sau đây:

- Bị mù hoặc bị khuyết tật vĩnh viễn; HOẶC
- Cần sự giúp đỡ trong các sinh hoạt hàng ngày (như tắm, mặc quần áo, v.v.); HOẶC
- Đang sinh sống trong một cơ sở y tế hoặc nhà dưỡng lão.

Nằm trong một trong những tình trạng sau đây:

- Người Mỹ Da đỏ/Thổ dân Alaska; HOẶC
- Đang nhận hoặc có đủ tiêu chuẩn để nhận các dịch vụ từ Chương trình Dịch vụ Y tế Dành cho Thổ dân Da đỏ (Indian Health Services), các Phòng khám Sức khỏe Bộ lạc (Tribal Health Clinics) hoặc các Phòng khám Sức khỏe dành cho Thổ dân Da đỏ trong Thành phố (Urban Indian Clinics); HOẶC
- Có cha/mẹ hoặc ông/bà hiện đang là thành viên được ghi danh của một Bộ lạc (Tribe), Nhóm (Band) hay Làng (Pueblo) được liên bang công nhận, hoặc là một cổ đông trong một Công ty hay Làng Bản xứ Alaska trong khu vực.

Quý vị có thể nhận được tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, chữ nổi hoặc một hình thức tùy chọn khác. Hãy gọi cho chúng tôi tại số 1-800-699-9075. Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp hoặc quý vị có thể bấm số 711.



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

VI OHP 7310 (Rev 09/16)

BƯỚC 1

Vui lòng trả lời những câu hỏi sau đây về bất cứ ai mà quý vị đang thêm vào hoặc loại bỏ ra khỏi gia hộ của mình, hoặc bất cứ ai đang là thành viên trong gia hộ của quý vị bây giờ nhưng không đang nhận các trợ cấp và muốn bắt đầu nhận. Nếu quý vị có nhiều hơn một thành viên gia hộ để cung cấp thông tin cho chúng tôi, thì in ra một bản sao của Bước 1 cho mỗi người.

1. Quý vị đang thêm vào hoặc loại bỏ một ai đó ra khỏi gia hộ của mình, hay là quý vị đang đăng ký dịch vụ cho một ai đó trong gia hộ hiện không đang có bảo hiểm??

CÓ, **cung cấp thông tin của (những) Cá nhân này cho chúng tôi.** *Viết tên của họ giống như tên trên thẻ an sinh xã hội, nếu họ có.*

KHÔNG, **qua Bước 2 (trang 6)**

Tên chính thức _____ Chữ đầu tiên của tên lót: _____

Họ chính thức _____

Ngày sinh _____

2. Cá nhân được liệt kê trong câu hỏi số 1:

Đã có sẵn trong gia hộ của tôi và muốn đăng ký dịch vụ.

Đã gia nhập gia hộ của tôi (tính cả những người mà quý vị bao gồm trong thủ tục khai thuế thu nhập liên bang của quý vị). Nếu cá nhân này đã gia nhập vào gia hộ của quý vị, **sang câu hỏi số 3.**

Không còn trong gia hộ của tôi. Nếu cá nhân này không còn là thành viên trong gia hộ của quý vị, cho chúng tôi biết lý do tại sao, sau đó **sang Bước 2 (trang 6)**. Đừng liệt kê những ai đang vắng mặt tạm thời (ví dụ như đang đi học, tham gia quân sự, đi công tác, hoặc đang nằm bệnh viện) và dự định sẽ quay trở lại.

Lý do:

Đã vĩnh viễn dọn đi nơi khác hoặc rời gia hộ (vì ly hôn hoặc lý do khác)

Tử vong

Đang ở trong tù, nhưng khi ra tù sẽ trở về đây:

Ngày vô tù: _____ Ngày dự tính sẽ ra tù _____

3. Nếu cá nhân này muốn đăng ký dịch vụ bảo hiểm OHP, họ có số An sinh Xã hội (SSN) không?? *Việc cung cấp số SSN không bắt buộc nếu quý vị không đăng ký, nhưng việc cung cấp số SSN có thể sẽ đẩy nhanh quá trình xử lý đơn đăng ký. Tất cả những ai đăng ký dịch vụ bảo hiểm mà có số SSN đều phải cung cấp số SSN. Nếu quý vị cần giúp đỡ đăng ký một SSN, hãy xem Bản Hướng Dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP để biết thêm thông tin.*

Không đăng ký bảo hiểm

CÓ, **cung cấp cho chúng tôi số SSN của họ:** _____ - _____ - _____

KHÔNG, **cho chúng tôi biết lý do tại sao:** Đã đăng ký lấy SSN Trẻ sơ sinh không có SSN

Từ chối không đăng ký lấy một SSN vì lý do tôn giáo

Không đủ tiêu chuẩn lấy số 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 trường hợp lệ không liên quan đến việc làm

4. Giới tính: Nam Nữ

BƯỚC 1

5. **Mối quan hệ với quý vị và mọi người khác trong gia hộ của quý vị** (ví dụ, Tim là anh/em trai của John, Tim là con trai của Gene, v.v.):

6. **Cá nhân này muốn chúng tôi liên lạc bằng ngôn ngữ nào trong mỗi trường hợp sau:**

Viết? _____ Nói? _____

7. **Sắc tộc hay chủng tộc của cá nhân này là gì?** (Điền tất cả những gì áp dụng.) *Việc trả lời câu hỏi này là tùy ý và sẽ không ảnh hưởng đến quyết định về bảo hiểm của quý vị.*

Nếu quý vị chọn nhiều hơn một sắc tộc hay chủng tộc, vui lòng đánh dấu ô tròn nào mà mô tả sắc/chủng tộc chính xác nhất cho cá nhân này.

Người Phi Châu/Người Mỹ gốc Phi Châu/Người Da Đen: Người Mỹ gốc Phi Người Châu phi
 Cư dân vùng Caribe Chủng tộc khác Người Châu phi/Người Mỹ Gốc Phi/Người Mỹ Đen

Người Mỹ Da đỏ/Thổ dân Alaska: Người Mỹ Da đỏ Thổ dân Alaska
 Người Inuit ở Canada, Người Metis hoặc Người Bản địa First Nation
 Người Mễ Tây Cơ Bản địa, Người Trung Mỹ và Nam Mỹ
 Người Mỹ Da đỏ/Thổ Dân Alaska khác

Người Châu Á: Người Trung Quốc Người Việt Nam Người Hàn Quốc Người Hmong Lào
 Người Philippines Người Nhật Người Nam Á Người Ấn Độ gốc Châu Á
 Người Châu Á khác

Người Tây Ban Nha, La Tinh: Người Mễ Tây Cơ Người Trung Mỹ Người Nam Mỹ
 Người gốc Tây Ban Nha, La tinh khác

Người Đảo quốc Thái Bình Dương: Người Bản địa Hawaii Người Guam hoặc Chamorro
 Người Samoa Người Micronesia Người Tonga Người Đảo quốc Thái Bình Dương khác

Người Da Trắng: Người Tây Âu Người Đông Âu Người Slav Người Trung Đông
 Người Bắc Phi Người da trắng khác

Khác: Sắc/chủng tộc khác Không xác định được

Từ chối trả lời

8. **Cá nhân này hiện có đang mang thai không?** CÓ, *điền câu a-b.* KHÔNG

Cho biết theo sự phỏng đoán tốt nhất của quý vị, mặc dù cá nhân này chưa đến khám thai sản với bác sĩ.

a. Ngày dự sanh (MM/YYYY) _____

b. Sẽ sinh bao nhiêu em bé? Bỏ trống nếu không biết _____

9. **Trong ba tháng vừa qua cá nhân này có kết thúc một thai kỳ (sinh con hoặc sảy thai) nào không?**

CÓ, *ngày cuối cùng của thai kỳ (MM/YYYY)* _____ KHÔNG

10. **Cá nhân này có đang đăng ký bảo hiểm OHP không?** Họ có thể đăng ký ngay cả khi họ đã có bảo hiểm y tế khác. CÓ, *sang câu hỏi số 11.* KHÔNG, *bỏ qua phần còn lại và sang Bước 2 (trang 6).*

11. **Cá nhân này có phải là Người Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska không?** CÓ KHÔNG

BƯỚC 1

12. Cá nhân này đang nhận hoặc có đủ tiêu chuẩn để nhận các dịch vụ từ Chương trình Dịch vụ Y tế Dành cho Thổ dân Da đỏ (Indian Health Services), các Phòng khám Sức khỏe Bộ lạc (Tribal Health Clinics) hoặc các Phòng khám Sức khỏe dành cho Thổ dân Da đỏ trong Thành phố (Urban Indian Clinics) VÀ/HOẶC cá nhân này có cha/mẹ hoặc ông/bà hiện đang là thành viên ghi danh của một Bộ lạc, Nhóm hay Làng được liên bang công nhận, hoặc là một cổ đông trong một Công ty hay Làng Bản xứ Alaska trong khu vực không? CÓ KHÔNG

13. Cá nhân này có phải là Công Dân Mỹ không? CÓ, *sang câu hỏi 15.* KHÔNG, *sang câu hỏi 14.*

14. Cá nhân này có tình trạng di trú hợp lệ không? Chúng tôi chỉ sử dụng thông tin này để xác định sự hợp lệ. Một Bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP đã được gửi cho quý vị với mẫu đơn này. Bản hướng dẫn có thông tin hữu ích về cách trả lời các câu hỏi trong phần này. Quý vị cũng có thể tìm bản hướng dẫn này trên trang web www.OHP.Oregon.gov.

CÓ, *điền câu a-f.* KHÔNG, *sang câu hỏi 15.*

- a. Loại hồ sơ di trú: _____
- b. Mã số ID Hồ sơ: _____
- c. Tình trạng: _____
- d. Ngày được cấp tình trạng này: _____
- e. Cá nhân này có bao giờ sinh sống tại nước Mỹ kể từ năm 1996 không? CÓ KHÔNG
- f. Cá nhân này, vợ/chồng hoặc cha/mẹ của họ có phải là cựu quân nhân hoặc quân nhân đang tại ngũ trong Quân lực Hoa kỳ không? CÓ KHÔNG

15. Cá nhân này hiện có đang sinh sống và dự trù sẽ tiếp tục sinh sống tại tiểu bang Oregon hay không? Trả lời có, ngay cả khi họ đang ở tại tiểu bang Oregon để tìm việc làm hoặc vì việc làm.
 CÓ KHÔNG

16. Hãy cho chúng tôi biết cá nhân này chọn tổ chức chăm sóc phối hợp (Coordinated Care Organization, viết tắt là CCO) nào. CCO là một mạng lưới bao gồm các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe như bác sĩ, nha sĩ và chuyên gia trị liệu trong khu vực của quý vị. Những nhà cung cấp này làm việc với nhau để đảm bảo dịch vụ chăm sóc của quý vị sẽ chú trọng vào quý vị.
Quý vị không buộc phải chọn ngay bây giờ. Nhưng nếu quý vị không chọn bây giờ, một CCO sẽ được chọn cho cá nhân này dựa trên nơi họ đang cư trú (trừ các trường hợp bộ lạc ngoại lệ được liệt kê trong bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP áp dụng đối với họ). Xem bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP để biết thêm thông tin về việc chọn một chương trình.

Lựa chọn Ưu tiên 1: _____

Lựa chọn Ưu tiên 2: _____

17. Cá nhân này có phải là người chăm sóc chính cho bất kỳ trẻ em nào dưới 19 tuổi mà: 1) đang sống với người chăm sóc chính và 2) là họ hàng của người chăm sóc chính, nhưng không phải là con của người chăm sóc chính? Ví dụ, ông/bà nội hay ngoại là người chăm sóc chính cho cháu nội/ngoại.

CÓ, *liệt kê tên của các trẻ em ở đây:*

Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

KHÔNG

BƯỚC 1

18. Cá nhân này có bất kỳ hóa đơn y tế nào từ 3 tháng qua mà họ chưa thanh toán hay không, HOẶC trong 3 tháng qua cá nhân này có được nhận các dịch vụ y tế miễn phí không?
○ CÓ, *những tháng nào?* _____
○ KHÔNG
19. Cá nhân này hiện có đang ở trong tù không HOẶC họ đã được phóng thích trong 3 tháng qua không?
○ CÓ, *điền câu a-b.* ○ KHÔNG.
a. Ngày (*tháng/ngày/năm*) của: Ngày vào tù: _____
Ngày ra tù/dự kiến sẽ ra tù: _____
b. Đang chờ đợi kết quả buộc tội? ○ CÓ ○ KHÔNG
20. Có phải cá nhân này 18 tuổi và hiện là học sinh trung học toàn thời gian không? ○ CÓ ○ KHÔNG
21. Cá nhân này có hội đủ tiêu chuẩn để nhận hoặc có đang nhận Lợi tức Phụ trợ An sinh Xã hội (SSI) không? ○ CÓ ○ KHÔNG
22. Cá nhân này có bị mù mắt hoặc khuyết tật vĩnh viễn không? ○ CÓ ○ KHÔNG
23. Cá nhân này có cần được giúp đỡ với những sinh hoạt trong đời sống hàng ngày (như tắm rửa, thay quần áo v.v.) hoặc sống trong một cơ sở y tế hoặc nhà dưỡng lão không?
○ CÓ ○ KHÔNG
24. Trước đây cá nhân này đã có nhận dịch vụ săn sóc nuôi dưỡng tại Oregon khi lên 18 tuổi không? ○ CÓ ○ KHÔNG
25. Việc trả lời câu hỏi này là tùy ý và sẽ không ảnh hưởng đến quyết định về bảo hiểm của quý vị.
Cá nhân này đã từng phục vụ trong Quân Đội Mỹ bao giờ chưa? ○ CÓ ○ KHÔNG
26. Cá nhân này có bị mất bảo hiểm y tế trong 90 ngày qua không? Vui lòng kể cả việc mất bảo hiểm Medicaid hoặc bảo hiểm từ Chương trình Bảo hiểm Y tế Trẻ em (Children's Health Insurance Program, viết tắt là CHIP) trong câu trả lời của quý vị. Trả lời CÓ ngay cả khi cá nhân này hiện đang có bảo hiểm y tế. ○ CÓ ○ KHÔNG
○ CÓ, *điền câu a-c.* ○ KHÔNG.
a. Ngày mất bảo hiểm (*tháng/ngày/năm*) : _____
b. Loại bảo hiểm bị mất: _____
c. Lý do mất bảo hiểm: _____

Vui lòng tô hết ô tròn. Đừng viết chữ X hay dấu ✓. Đánh dấu chính xác: ● Đánh dấu không chính xác: ⊗

BƯỚC 2

Vui lòng cung cấp cho chúng tôi các thông tin sau cho những người được liệt kê trên lá thư Gia hạn Bảo hiểm OHP Phần 1 của quý vị.

1. Địa chỉ nhà của quý vị đã thay đổi? CÓ, *cung cấp cho chúng tôi địa chỉ mới bên dưới.* KHÔNG

Tên đường _____ Số phòng/Căn hộ _____
Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã vùng (ZIP) _____ Quận hạt _____

2. Địa chỉ nhận thư của quý vị đã thay đổi?
 CÓ, *cung cấp cho chúng tôi địa chỉ mới bên dưới.* KHÔNG

Địa chỉ nhận thư _____ Số phòng/Căn hộ _____
Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã vùng (ZIP) _____ Quận hạt _____

3. Số điện thoại của quý vị đã thay đổi?
 CÓ, *cung cấp cho chúng tôi số điện thoại mới dưới đây.* KHÔNG

Số điện thoại chính, nếu có: (____) - ____ - _____ Số nhà Số nơi làm việc Số di động

Số nhắn tin/điện thoại khác: (____) - ____ - _____ Số nhà Số nơi làm việc Số di động

4. Địa chỉ email của quý vị đã thay đổi?
 CÓ, *cung cấp cho chúng tôi địa chỉ mới bên dưới.* KHÔNG

5. Có người nào trong gia hộ quý vị hiện đang mang thai không?
 CÓ, *ghi tên họ dưới đây.* KHÔNG

Đối với "ngày dự sinh", cung cấp phán đoán tốt nhất của quý vị, ngay cả khi quý vị chưa đi thăm khám với bác sĩ.

Tên	Họ	Ngày sinh	Ngày dự sinh	Sẽ sinh bao nhiêu em bé? Bỏ trống nếu không biết

6. Có ai trong gia đình quý vị có kết thúc một thai kỳ (khi sinh con hoặc bị sảy thai) trong ba tháng qua không? CÓ, *ghi tên họ dưới đây.* KHÔNG

Tên	Họ	Ngày sinh	Ngày cuối cùng của thai kỳ

Vui lòng tô hết ô tròn. Đừng viết chữ X hay dấu ✓. Đánh dấu chính xác: ● Đánh dấu không chính xác: ⊗ ✓

BƯỚC 2

7. Có ai trong gia hộ của quý vị hiện đang ở trong trại giam/tù hoặc đã được phóng thích trong 3 tháng vừa qua không? CÓ, ghi tên họ dưới đây. KHÔNG

Tên	Họ	Ngày sinh	Ngày vào tù	Ngày ra tù/dự kiến sẽ ra tù	Đang chờ đợi kết quả buộc tội?
					<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
					<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

Vui lòng cung cấp cho chúng tôi các thông tin sau đây chỉ cho những người trong gia hộ quý vị hiện đang nhận bảo hiểm OHP.

8. Có ai trong gia đình quý vị bị mù mắt hay khuyết tật vĩnh viễn không?
 CÓ, ghi tên họ dưới đây. KHÔNG

Tên	Họ	Ngày sinh

9. Có ai trong gia đình quý vị cần được giúp đỡ với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (như tắm, mặc quần áo, v.v.) không? hoặc sống trong một cơ sở y tế hoặc nhà dưỡng lão không?
 CÓ, ghi tên họ dưới đây. KHÔNG

Tên	Họ	Ngày sinh

10. Quý vị có muốn thay đổi tổ chức chăm sóc phối hợp của mình (CCO) không?

CÓ, cho chúng tôi biết quý vị muốn thay đổi CCO nào: _____
 KHÔNG

BƯỚC 3 Tình trạng khai thuế

1. Có ai trong những số người được liệt kê trên Đơn Gia hạn Bảo hiểm OHP của quý vị cần phải khai báo một sự thay đổi về tình trạng khai thuế HOẶC có phải quý vị đang muốn thêm một người nào đó vào gia hộ của quý vị?

Một sự thay đổi có thể là bất cứ điều gì khác với những thông tin mà quý vị đã cho chúng tôi biết trước đây. Ví dụ: một sự thay đổi giữa việc vợ chồng khai thuế chung thay vì khai riêng; tuyên khai nhiều hoặc ít người phụ thuộc hơn trước; một cá nhân nào đó trước đây là một người phụ thuộc nhưng sau này sẽ không.

CÓ, cung cấp cho chúng tôi các thông tin trong bảng Tình trạng Khai Thuế (Tax Filing Status) dưới đây. Tất cả những ai quý vị khai thuế chung với hoặc là người phụ thuộc của quý vị đều phải được tính trong gia hộ của quý vị.

KHÔNG, sang Bước 4 (trang 10).

Tình trạng Khai Thuế

- a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- b. Cá nhân này có dự định khai thuế thu nhập liên bang cho năm thuế 2016 vào năm 2017 không?
 CÓ, điền câu A-B. **KHÔNG**
- A. Tình trạng khai thuế của cá nhân này sẽ là gì trên thủ tục khai thuế thu nhập năm 2016 của họ?
 Độc thân Chủ gia hộ Người goá chồng/vợ đủ tiêu chuẩn.
Vợ chồng khai thuế Chung Riêng Tên vợ/chồng: _____
- B. Cá nhân này có khai thuế trên người phụ thuộc nào không? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.
 CÓ, Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
 _____ Ngày sinh: _____
 KHÔNG
- c. Cá nhân này sẽ là người phụ thuộc trên thuế thu nhập năm 2016 của bất cứ ai không?
 CÓ, điền câu A-B. **KHÔNG**
- A. Người khai thuế là ai? Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- B. Mối quan hệ giữa cá nhân này và người khai thuế là gì? _____
- d. Liệu các thông tin khai thuế của cá nhân này sẽ được giữ nguyên cho năm thuế 2017 khi họ khai thuế năm 2018 không?
 CÓ, sang Bước 4 (trang 10). **KHÔNG, điền câu A-C bên dưới.**
- A. Tình trạng khai thuế của cá nhân này sẽ là gì trên thủ tục khai thuế thu nhập năm 2017 của họ?
 Không khai thuế Độc thân Chủ gia hộ Người goá chồng/vợ đủ tiêu chuẩn
Vợ chồng khai thuế Chung Riêng Tên vợ/chồng: _____
- B. Cá nhân này sẽ khai người phụ thuộc nào không trên thủ tục khai hoàn thuế thu nhập năm 2017 của họ? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.
 CÓ, Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
 _____ Ngày sinh: _____
 KHÔNG
- C. Cá nhân này có được khai là người phụ thuộc trên thủ tục khai hoàn thuế thu nhập năm 2017 của bất cứ ai không?
 CÓ, điền câu i-ii. **KHÔNG**
- i. Người khai thuế là ai? Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- ii. Mối quan hệ giữa cá nhân này và người khai thuế là gì? _____

BƯỚC 3 Tình trạng khai thuế

Tình trạng Khai Thuế

- a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- b. Cá nhân này có dự định khai thuế thu nhập liên bang cho năm thuế 2016 vào năm 2017 không?
 CÓ, **điền câu A-B.** KHÔNG
- A. Tình trạng khai thuế của cá nhân này sẽ là gì trên thủ tục khai thuế thu nhập năm 2016 của họ?
 Độc thân Chủ gia hộ Người goá chồng/vợ đủ tiêu chuẩn.
Vợ chồng khai thuế Chung Riêng Tên vợ/chồng: _____
- B. Cá nhân này có khai thuế trên người phụ thuộc nào không? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.
 CÓ, Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
 KHÔNG
- c. Cá nhân này sẽ là người phụ thuộc trên thuế thu nhập năm 2016 của bất cứ ai không?
 CÓ, **điền câu A-B.** KHÔNG
- A. Người khai thuế là ai? Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- B. Mỗi quan hệ giữa cá nhân này và người khai thuế là gì? _____
- d. Liệu các thông tin khai thuế của cá nhân này sẽ được giữ nguyên cho năm thuế 2017 khi họ khai thuế năm 2018 không?
 CÓ, **sang Bước 4 (trang 10).** KHÔNG, **điền câu A-C bên dưới.**
- A. Tình trạng khai thuế của cá nhân này sẽ là gì trên thủ tục khai thuế thu nhập năm 2017 của họ?
 Không khai thuế Độc thân Chủ gia hộ Người goá chồng/vợ đủ tiêu chuẩn
Vợ chồng khai thuế Chung Riêng Tên vợ/chồng: _____
- B. Cá nhân này sẽ khai người phụ thuộc nào không trên thủ tục khai hoàn thuế thu nhập năm 2017 của họ? Liệt kê tất cả những người phụ thuộc bất kể tuổi tác hay địa chỉ của họ.
 CÓ, Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
 KHÔNG
- C. Cá nhân này có được khai là người phụ thuộc trên thủ tục khai hoàn thuế thu nhập năm 2017 của bất cứ ai không?
 CÓ, **điền câu i-ii.** KHÔNG
- i. Người khai thuế là ai? Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- ii. Mỗi quan hệ giữa cá nhân này và người khai thuế là gì? _____

BƯỚC 4 Nguồn thu nhập và các khấu trừ

Trong bước 4, chúng tôi cần quý vị cho chúng tôi biết nguồn thu nhập từ việc làm, thu nhập từ việc làm tự tạo (self-employment), các thu nhập chịu thuế và các loại khấu trừ khác mà quý vị khai trên thủ tục khai thuế liên bang.

Quan trọng:

- Gửi kèm chứng từ thu nhập có thể giúp chúng tôi xử lý thông tin của quý vị mau chóng hơn. Xem *Bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP* để biết thông tin về thời điểm gửi chứng từ và những loại bằng chứng khác.
- Chúng tôi không thể trả lời những câu hỏi riêng biệt về cách thức quý vị điền mẫu khai thuế. Đối với câu hỏi về cách điền các mẫu khai thuế hoặc những khoản khấu trừ/chi phí nào được cho phép, vui lòng truy cập www.irs.gov hoặc tham khảo với một chuyên viên thuế.

1. Có ai được liệt kê trên Đơn Gia hạn Bảo hiểm OHP của quý vị cần phải khai báo một sự thay đổi về thu nhập chịu thuế từ một việc làm không, HOẶC có phải quý vị đang thêm một người đang có thu nhập chịu thuế từ một việc làm vào gia hộ của quý vị không? Vui lòng cho chúng tôi biết tổng số thu nhập/tiền bo (trước thuế) từ mỗi việc làm của người này là bao nhiêu. Đừng tính số thu nhập từ việc làm tự tạo ở đây. Cung cấp cho chúng tôi thông tin về việc làm tự tạo ở câu hỏi số 2.
- CÓ, **cung cấp cho chúng tôi thông tin của họ dưới đây.** KHÔNG, **sang câu hỏi số 2.**

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Nguồn thu nhập - Tên của Sở làm/công ty (employer) _____

c. Tổng số tiền lương phải chịu thuế - *tổng số tiền lương là số tiền quý vị kiếm được trước khi trừ thuế hay các khoản khấu trừ khác:* \$ _____

d. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

e. Sở làm/công ty này có cung cấp bảo hiểm y tế không?
 CÓ, **điền Bước 6 - Bảo hiểm từ việc làm (trang 16)** KHÔNG

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Nguồn thu nhập - Tên của Sở làm/công ty (employer) _____

c. Tổng số tiền lương phải chịu thuế - *tổng số tiền lương là số tiền quý vị kiếm được trước khi trừ thuế hay các khoản khấu trừ khác:* \$ _____

d. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

e. Sở làm/công ty này có cung cấp bảo hiểm y tế không?
 CÓ, **điền Bước 6 - Bảo hiểm từ việc làm (trang 16)** KHÔNG

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Nguồn thu nhập - Tên của Sở làm/công ty (employer) _____

c. Tổng số tiền lương phải chịu thuế - *tổng số tiền lương là số tiền quý vị kiếm được trước khi trừ thuế hay các khoản khấu trừ khác:* \$ _____

d. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

e. Sở làm/công ty này có cung cấp bảo hiểm y tế không?
 CÓ, **điền Bước 6 - Bảo hiểm từ việc làm (trang 16)** KHÔNG

BƯỚC 4 Nguồn thu nhập và các khấu trừ

2. Có ai được liệt kê trên Đơn Gia hạn Bảo hiểm OHP của quý vị cần phải khai báo một sự thay đổi về việc làm tự tạo của họ HOẶC có phải quý vị đang thêm một người đang có thu nhập từ việc làm tự tạo vào gia hộ của quý vị không? Cho chúng tôi biết tổng số lợi nhuận (số tiền lời trước khi thanh toán các chi phí) mỗi người kiếm được là bao nhiêu. Nếu mức chi phí của việc làm tự tạo cao hơn số tiền kiếm được, quý vị có thể viết một số âm.

CÓ, **cung cấp cho chúng tôi thông tin của họ dưới đây.** KHÔNG, **sang câu hỏi số 3.**

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại việc làm: _____

c. Tháng/Năm : Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

d. Tổng số lợi nhuận - số tiền quý vị kiếm được trước khi trừ đi các khoản chi phí, kinh phí hoặc các khoản khấu trừ khác: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

f. Mức chi phí của việc làm tự tạo cho khoảng thời gian được liệt kê trong câu e ở trên: \$ _____

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại việc làm: _____

c. Tháng/Năm : Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

d. Tổng số lợi nhuận - số tiền quý vị kiếm được trước khi trừ đi các khoản chi phí, kinh phí hoặc các khoản khấu trừ khác: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

f. Mức chi phí của việc làm tự tạo cho khoảng thời gian được liệt kê trong câu e ở trên: \$ _____

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại việc làm: _____

c. Tháng/Năm : Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

d. Tổng số lợi nhuận - số tiền quý vị kiếm được trước khi trừ đi các khoản chi phí, kinh phí hoặc các khoản khấu trừ khác: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

f. Mức chi phí của việc làm tự tạo cho khoảng thời gian được liệt kê trong câu e ở trên: \$ _____

BƯỚC 4 Thu nhập và các khoản khấu trừ, tiếp tục

3. Có ai được liệt kê trên Đơn Gia hạn Bảo hiểm OHP của quý vị cần phải khai báo một sự thay đổi về thu nhập chịu thuế khác không phải từ việc làm hoặc việc làm tự tạo HOẶC có phải quý vị đang thêm một người nào đó đang nhận thu nhập chịu thuế khác không phải từ việc làm hoặc việc làm tự tạo không?

CÓ, **cung cấp cho chúng tôi thông tin của họ dưới đây.** KHÔNG, **sang câu hỏi số 4.**

Xem ví dụ về các khoản thu nhập khác trên Bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP. Hãy chắc chắn cho chúng tôi biết loại thu nhập đó là gì trong câu b dưới đây. **Đừng tính tiền bảo dưỡng con cái, thu nhập từ việc chăm sóc con nuôi (foster care income), các khoản thanh toán của cựu chiến binh, các khoản Trợ cấp Tạm thời Cho những Gia đình Nghèo (TANF) hoặc Lợi tức Phụ trợ An sinh Xã hội (SSI).**

Thu nhập Bộ lạc Chịu thuế (Taxable Tribal Income) - Các loại thu nhập bộ lạc được liệt kê dưới đây có thể sẽ không được tính để xác định khả năng hội đủ tiêu chuẩn cho Chương trình Y tế Oregon (Oregon Health Plan), nhưng quý vị vẫn nên liệt kê khoản thu nhập này trong phần này và cho chúng tôi biết nó thuộc loại thu nhập bộ lạc nào. Bao gồm:

- Những khoản thanh toán bộ lạc bình quân đầu người mà là từ những tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, việc cho thuê hoặc tiền bản quyền (không kể phần thanh toán bình quân đầu người của các sông bạc)
- Những thanh toán từ tài nguyên thiên nhiên, nông trại, trại chăn nuôi, thủy sản, việc cho thuê hay tiền bản quyền từ những đất đai được Bộ Nội Vụ chỉ định là đất ủy thác của Người Da Đỏ (kể cả khu tự trị và khu tự trị trước đây)
- Tiền thu được do bán những vật dụng có tính cách tiêu biểu văn hóa.

Lưu ý: Nếu quý vị có thu nhập từ một bộ lạc là một khoản thanh toán bình quân đầu người từ một sông bạc, ghi khoản thu nhập đó và ghi "Khoản thanh toán bình quân đầu từ sông bạc" cho câu "Loại thu nhập khác."

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại thu nhập chịu thuế khác _____

c. Tháng/Năm : Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

d. Số tiền: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý
 Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại thu nhập chịu thuế khác _____

c. Tháng/Năm : Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

d. Số tiền: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý
 Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại thu nhập chịu thuế khác _____

c. Tháng/Năm : Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

d. Số tiền: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý
 Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

BƯỚC 4 Thu nhập và các khoản khấu trừ, tiếp tục

4. Có ai được liệt kê trên Đơn Gia hạn Bảo hiểm OHP của quý vị hoặc bất cứ ai quý vị đang cộng vào gia hộ của quý vị đang nhận thu nhập từ các Trợ cấp An sinh Xã hội (Social Security Benefits, viết tắt là SSB) hoặc Lợi tức Bảo hiểm Khuyết tật An sinh Xã hội (Social Security Disability Insurance, viết tắt là SSDI) không?

CÓ, **cung cấp cho chúng tôi thông tin của họ dưới đây.** KHÔNG, **sang câu hỏi 5.**

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại thu nhập: SSB SSDI

c. Số tiền chịu thuế: \$ _____

d. Số tiền không chịu thuế: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý
 Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại thu nhập: SSB SSDI

c. Số tiền chịu thuế: \$ _____

d. Số tiền không chịu thuế: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý
 Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

5. Có ai được liệt kê trên Đơn Gia hạn Bảo hiểm OHP của quý vị cần phải khai báo một sự thay đổi về các khoản khấu trừ mà họ đã khai trên thủ tục khai thuế liên bang của họ hoặc các khoản khấu trừ được cho phép khác HOẶC có phải quý vị đang thêm một người đang khai một khoản khấu trừ được cho phép vào gia hộ quý vị không? Các khoản khấu trừ được cho phép là những khoản mà quý vị có thể khai trên thủ tục khai thuế liên bang của quý vị để có được số thu nhập tổng được điều chỉnh của quý vị. Xem Bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP để biết thêm thông tin.

CÓ, **cung cấp cho chúng tôi thông tin của họ dưới đây.** KHÔNG, **sang Bước 5 (trang 14).**

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại khấu trừ được cho phép _____

c. Tháng/Năm : Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

d. Số tiền: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý
 Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

b. Loại khấu trừ được cho phép _____

c. Tháng/Năm : Ngày bắt đầu: _____ Ngày chấm dứt: _____

d. Số tiền: \$ _____

e. Quý vị lãnh mức lương này thường xuyên ra sao? Hàng tuần Hàng tháng Hàng quý
 Hàng năm Mỗi hai tuần Hai lần mỗi tháng Khác: _____

BƯỚC 5 Các loại bảo hiểm y tế khác

1. Có ai được liệt kê trên Đơn Gia hạn Bảo hiểm OHP quý vị đã có một sự thay đổi về một/các chương trình bảo hiểm y tế (không phải bảo hiểm OHP) mà họ đang có, được cung cấp hoặc đủ tiêu chuẩn để nhận HOẶC có phải quý vị đang thêm một người nào đó đang có, được cung cấp hay hội đủ tiêu chuẩn để nhận bảo hiểm y tế vào gia hộ của quý vị không?
- CÓ, *cung cấp cho chúng tôi thông tin của họ trong Bảng Liệt kê các Chương trình Bảo hiểm Y tế Khác dưới đây.*
- KHÔNG, *sang Bước 6 (trang 16).*

Bảng Liệt kê các Chương trình Bảo hiểm Y tế Khác

- a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- b. Loại bảo hiểm y tế: Tự nhân Từ việc làm COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Các chương trình chăm sóc sức khỏe của Bộ Cựu chiến binh (VA, bao gồm CHAMPVA)
 Bảo hiểm y tế dành cho người về hưu Medicaid/CHIP
- c. Thông tin về chương trình bảo hiểm: Tên công ty bảo hiểm y tế: _____
Địa chỉ công ty: _____
Số Hợp đồng/policy #: _____ Số Nhóm Hợp đồng/Group Policy: _____
Tên chủ hợp đồng: _____ Ngày sinh: _____
Quan hệ với chủ hợp đồng: _____
- d. Cá nhân này có đăng ký vào chương trình này không? CÓ KHÔNG
- e. Có phải cá nhân này không thể sử dụng bảo hiểm này hay không?
 CÓ, bởi vì: Các mối lo ngại về sự an toàn Khoảng cách từ các nhà cung cấp
 Lý do khác KHÔNG
- f. Cá nhân này có đăng ký vào chương trình Medicaid/CHIP trong một tiểu bang khác ngoài Oregon không?
 CÓ, trong tiểu bang nào? _____ Ngày dự kiến sẽ kết thúc: _____ KHÔNG
- g. Sở làm/công ty này có bảo trợ bảo hiểm y tế không?
 CÓ, *điền Bước 6 - Bảo hiểm từ việc làm (trang 16)* KHÔNG

BƯỚC 5 Các loại bảo hiểm y tế khác

- a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- b. Loại bảo hiểm y tế: Tự nhân Từ việc làm COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Các chương trình chăm sóc sức khỏe của Bộ Cựu chiến binh (VA, bao gồm CHAMPVA)
 Bảo hiểm y tế dành cho người về hưu Medicaid/CHIP
- c. Thông tin về chương trình bảo hiểm: Tên công ty bảo hiểm y tế: _____
Địa chỉ công ty: _____
Số Hợp đồng/policy #: _____ Số Nhóm Hợp đồng/Group Policy: _____
Tên chủ hợp đồng: _____ Ngày sinh: _____
Quan hệ với chủ hợp đồng: _____
- d. Cá nhân này có đăng ký vào chương trình này không? CÓ KHÔNG
- e. Có phải cá nhân này không thể sử dụng bảo hiểm này hay không?
 CÓ, bởi vì: Các mối lo ngại về sự an toàn Khoảng cách từ các nhà cung cấp
 Lý do khác KHÔNG
- f. Cá nhân này có đăng ký vào chương trình Medicaid/CHIP trong một tiểu bang khác ngoài Oregon không?
 CÓ, trong tiểu bang nào? _____ Ngày dự kiến sẽ kết thúc: _____ KHÔNG
- g. Sở làm/công ty này có bảo trợ bảo hiểm y tế không?
 CÓ, **điền Bước 6 - Bảo hiểm từ việc làm (trang 16)** KHÔNG

- a. Tên/họ _____ Ngày sinh: _____
- b. Loại bảo hiểm y tế: Tự nhân Từ việc làm COBRA Medicare TRICARE Peace Corps
 Các chương trình chăm sóc sức khỏe của Bộ Cựu chiến binh (VA, bao gồm CHAMPVA)
 Bảo hiểm y tế dành cho người về hưu Medicaid/CHIP
- c. Thông tin về chương trình bảo hiểm: Tên công ty bảo hiểm y tế: _____
Địa chỉ công ty: _____
Số Hợp đồng/policy #: _____ Số Nhóm Hợp đồng/Group Policy: _____
Tên chủ hợp đồng: _____ Ngày sinh: _____
Quan hệ với chủ hợp đồng: _____
- d. Cá nhân này có đăng ký vào chương trình này không? CÓ KHÔNG
- e. Có phải cá nhân này không thể sử dụng bảo hiểm này hay không?
 CÓ, bởi vì: Các mối lo ngại về sự an toàn Khoảng cách từ các nhà cung cấp
 Lý do khác KHÔNG
- f. Cá nhân này có đăng ký vào chương trình Medicaid/CHIP trong một tiểu bang khác ngoài Oregon không?
 CÓ, trong tiểu bang nào? _____ Ngày dự kiến sẽ kết thúc: _____ KHÔNG
- g. Sở làm/công ty này có bảo trợ bảo hiểm y tế không?
 CÓ, **điền Bước 6 - Bảo hiểm từ việc làm (trang 16)** KHÔNG

Vui lòng tô hết ô tròn. Đừng viết chữ X hay dấu ✓. Đánh dấu chính xác: ● Đánh dấu không chính xác: ⊗ ⊗

BƯỚC 6 Bảo hiểm từ Sở làm/công ty - TÙY Ý

Việc điền Bước 6 là tùy ý và sẽ không ảnh hưởng đến quyết định về bảo hiểm của quý vị. Điền các thông tin dưới đây cho mỗi Sở làm/công ty đang cung cấp bảo hiểm sức khỏe. Trang này là một công cụ có thể được trao cho Sở làm/công ty của quý vị để giúp trả lời những câu hỏi về chương trình bảo hiểm mà họ cung cấp.

1. Sở làm/công ty này là của ai?

Tên/họ _____ Ngày sinh: _____

2. Thông tin về sở làm/công ty:

a. Tên của Sở làm/công ty: _____

b. Tên của người chúng tôi có thể liên hệ tại văn phòng sở làm/công ty của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe này:

Tên: _____

Số điện thoại: _____ Số máy nhánh: _____

Email: _____

3. Sở làm/công ty này có cung cấp bảo hiểm y tế trong năm nay không? CÓ KHÔNG

4. Cá nhân này sẽ phải trả mức phí bảo hiểm nào để có thể đăng ký vào chương trình có mức phí thấp nhất chỉ dành cho nhân viên mà đáp ứng được tiêu chuẩn giá trị tối thiểu (minimum value standard)* (không bao gồm các chương trình dành cho gia đình)? Nếu sở làm/công ty này có các chương trình sức khỏe (wellness programs), hãy cho biết mức phí mà nhân viên sẽ phải trả nếu họ nhận tiền giảm trừ tối đa dành cho chương trình bỏ hút thuốc, và không nhận những tiền giảm trừ khác được căn cứ trên các chương trình sức khỏe này.

Mức phí bảo hiểm: \$ _____ Tôi không biết

Trả theo tần số: Hàng tuần Mỗi hai tuần Hàng tháng Hai lần mỗi tháng

Khác: _____

5. Cá nhân này hiện nay có được đăng ký vào chương trình bảo hiểm y tế này không?

CÓ KHÔNG

6. Sở làm/công ty này có cung cấp bảo hiểm cho vợ/chồng/người phụ thuộc không?

CÓ KHÔNG

7. Bảo hiểm này sẽ thay đổi trong năm tới không?

CÓ, **cho chúng tôi biết như thế nào.** KHÔNG Tôi không biết liệu sở làm/công ty này sẽ thay đổi chương trình hay không

Sở làm/công ty sẽ không còn cung cấp bảo hiểm nữa

Sở làm/công ty sẽ thay đổi mức phí bảo hiểm. Mức phí thấp nhất phải trả để đăng ký vào hợp đồng chỉ dành cho nhân viên nào đáp ứng được tiêu chuẩn về giá trị tối thiểu* (không bao gồm các chương trình dành cho gia đình) sẽ là:

Mức phí bảo hiểm: \$ _____ Tôi không biết

Trả theo tần số: Mỗi tuần Mỗi hai tuần Mỗi tháng Hai lần mỗi tháng

Khác: _____

Khi nào sự thay đổi này sẽ có hiệu lực?: _____ Tôi không biết:

8. Cá nhân này sẽ đăng ký vào chương trình bảo hiểm của sở làm/công ty này trong năm tới không?

CÓ, *khi nào?* _____ KHÔNG

9. Cá nhân này có dự định ngưng mua bảo hiểm của sở làm/công ty trong năm tới không?

CÓ, *khi nào?* _____ KHÔNG

* “Tiêu chuẩn giá trị tối thiểu” được đáp ứng nếu chương trình bảo hiểm của sở làm/công ty trả 60% trở lên phần phí được chương trình bảo trợ trên tổng số phí được cho phép (Mục 36B(c)(2)(C)(ii) của Bộ luật Thuế Liên bang 1986)

BƯỚC 7

Đọc và ký tên

Quý vị có muốn cho phép [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) truy cập thông tin về quý vị sau này không?

Quý vị có thể cho [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) sự đồng ý liên tục để kiểm tra thông tin của quý vị với cơ sở dữ liệu của tiểu bang và liên bang sau này. Nếu quý vị chọn làm điều này, quý vị có thể đổi ý bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov). **Quý vị có muốn cho phép [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) truy cập các cơ sở dữ liệu nhà nước và liên bang sau này không?**

CÓ, *bao nhiêu năm?* 5 năm 4 năm 3 năm 2 năm 1 năm KHÔNG

Quý vị có muốn đăng ký để đi bỏ phiếu không?

Việc trả lời câu hỏi này là tùy ý và sẽ không ảnh hưởng đến quyết định về bảo hiểm của quý vị.

Quý vị đã đăng ký để đi bỏ phiếu tại địa chỉ hiện tại của mình chưa? Nếu quý vị hoặc người nào khác trong gia hộ quý vị từ 17 tuổi trở lên, là cư dân Oregon và là công dân Mỹ, quý vị có thể đăng ký để đi bỏ phiếu hoặc cập nhật thông tin bỏ phiếu của quý vị. *Việc đăng ký để đi bỏ phiếu hay không sẽ không ảnh hưởng mức trợ giúp mà cơ quan này sẽ cấp cho quý vị.* **Nếu quý vị chưa đăng ký để bỏ phiếu tại nơi quý vị đang sinh sống hiện nay, quý vị có muốn đăng ký hôm nay không?** CÓ KHÔNG

Sử dụng số An Sinh Xã Hội (SSN)

Các luật và quy định liên bang nói rằng bất cứ ai nộp đơn xin trợ cấp y tế đều phải cung cấp số SSN: Các điều 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 ghi SSN của quý vị vào đơn này, việc đó có nghĩa là quý vị cho phép OHA sử dụng thông tin này và chia sẻ với các cơ quan khác về trong các trường hợp sau:

- Để giúp chúng tôi quyết định liệu quý vị hội đủ tiêu chuẩn để nhận trợ cấp hay không. Chúng tôi sẽ sử dụng số SSN mà quý vị cung cấp để đảm bảo các khoản thu nhập và tài sản mà quý vị liệt kê trên mẫu này là chính xác. Chúng tôi sẽ đối chiếu những tin tức trong hồ sơ của quý vị tại tiểu bang khác và liên bang, như Sở Thuế Vụ liên bang, Sở Thuế Vụ tiểu bang, chương trình Medicaid, chương trình bảo trợ 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 xin hoặc nhận, nếu cần.
- Để giúp chúng tôi cải tiến các chương trình bằng cách duyệt xét phẩm chất 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 trội chi trợ cấp.

Quyền điều trần của quý vị

Nếu quý vị không đồng ý với các quyết định của OHA về khả năng hội đủ tiêu chuẩn để nhận bảo hiểm sức khỏe của quý vị, hoặc nếu quý vị không nhận được một quyết định từ chúng tôi trong vòng 45 ngày, quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần. Quý vị cũng có quyền chọn một đại diện được ủy quyền để hành động đại diện cho quý vị trong tiến trình điều trần.

Chúng tôi khuyến khích quý vị gọi cho chúng tôi ở số **1-800-699-9075** để hỏi về khả năng hội đủ tiêu chuẩn của quý vị hay về quá trình, hoặc để cung cấp cho chúng tôi thêm thông tin về bản thân hoặc gia đình của quý vị.

Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần bằng cách gọi **1-800-699-9075**. Nếu quý vị muốn xin điều trần, quý vị phải xin trong vòng 90 ngày kể từ ngày ghi trên thông báo về sự hợp lệ, quý vị sẽ nhận được (qua bưu điện hoặc email). Hạn chót để xin điều trần của quý vị không thay đổi mặc dù quý vị có liên lạc với chúng tôi.

Cần có một cuốn sổ tay?

Cần có một cuốn sổ tay? Cả OHP và Tổ chức săn sóc phối hợp (CCO) của quý vị đều có những quyển sổ tay bao gồm nhiều thông tin hơn về bảo hiểm OHP của quý vị và cách sử dụng bảo hiểm đó. Để nhận cuốn sổ tay này, hãy gọi điện thoại cho CCO của quý vị. Để biết thông tin liên hệ của CCO, hãy truy cập vào địa chỉ www.OHP.Oregon.gov. Nếu quý vị không có một CCO, gọi điện thoại đến số 1-800-273-0557 hoặc TTY 711 (điện thoại dành cho người khiếm thính hoặc khuyết tật về phát âm) để lấy một cuốn sổ tay.

BƯỚC 7

Đọc và ký tên

- 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 này với sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi biết tôi có thể sẽ bị phạt hoặc phải hoàn trả những khoản tiền trả tội chi theo luật liên bang nếu tôi cung cấp thông tin sai hoặc không đúng sự thật.
- Tôi biết tôi phải thông báo cho Cơ Quan Quản Lý Y Tế Oregon (Oregon Health Authority, viết tắt là OHA) nếu có bất cứ thay đổi hoặc thông tin gì khác so với những gì tôi đã ghi trong mẫu đơn này. Tôi có thể gọi số **1-800-699-9075** nếu có thay đổi để thông báo. Tôi hiểu rằng thay đổi những tin tức của tôi có thể ảnh hưởng đến sự hợp lệ của (những) thành viên trong gia đình tôi.
- Tôi hiểu theo luật pháp của liên bang, sự kỳ thị không được cho phép dựa trên chủng tộc, màu da, quốc gia gốc, giới tính, tuổi tác, xu hướng tình dục, xác định giới tính hoặc tình trạng khuyết tật. Tôi có thể nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử bằng cách truy cập trang web www.hhs.gov/ocr/office/file
- Tôi đã đọc *Bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP* và đồng ý với tất cả các phần trên đó. (Quý vị có thể tìm *Bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP* trực tuyến tại địa chỉ www.OHP.Oregon.gov.)

Nếu quý vị hội đủ tiêu chuẩn để đăng ký vào Chương trình Y tế Oregon (OHP):

Luật pháp của tiểu bang cho biết nếu quý vị, hoặc bất cứ cá nhân nào khác hội đủ tiêu chuẩn cho Chương Trình Y Tế Oregon (OHP), quý vị, hoặc những cá nhân này, tự động trao cho OHA quyền được nhận các khoản thanh toán từ những bên khác mà theo pháp luật có trách nhiệm thanh toán một phần hoặc toàn phần chi phí y tế của quý vị. Điều này bao gồm bảo hiểm y tế khác, trách nhiệm bảo hiểm hoặc của các người khác. Trách nhiệm cũng bao gồm những khoản thanh toán còn thiếu quý vị vì người khác đã gây thương tích cho quý vị. Quyền được nhận các khoản thanh toán sẽ không vượt quá số tiền thanh toán của OHP hoặc tổ chức chăm sóc phối hợp của quý vị.

Tôi đồng ý thông báo OHA (hoặc người được OHA chỉ định) và tổ chức săn sóc được phối hợp của tôi khi tôi truy đòi bồi thường từ bất cứ người nào đã gây thương tích cho tôi và, khi được yêu cầu, cung cấp tin tức cần thiết để được bồi hoàn.

Bằng việc chấp nhận Trợ cấp Y tế (OHP), quý vị cho phép Chương trình Bảo trợ Trẻ em (Child Support Program) của tiểu bang yêu cầu những người cha/mẹ không đang giám hộ con trẻ phải thi hành nhiệm vụ bảo trợ y tế cho con của họ. Điều này cũng được gọi là sự giao quyền. Điều này có nghĩa là quý vị phải giúp Chương trình Bảo trợ Trẻ em tìm những người cha/mẹ đang không giám hộ con trẻ, trừ khi có một lý do để không thực hiện việc này, chẳng hạn như tình trạng bạo lực gia đình. Nếu quý vị được yêu cầu phải làm việc với Chương trình Bảo trợ trẻ em để thành lập hoặc thi hành nhiệm vụ bảo trợ con trẻ và quý vị từ chối, quý vị có thể sẽ mất Trợ cấp Y tế. Xem *Bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP* để biết thêm thông tin.

Nếu quý vị có lý do không giúp Chương trình Bảo trợ trẻ em, chẳng hạn như quý vị đang nằm trong tình trạng bạo lực gia đình, hãy liệt kê các lý do dưới đây.

Tôi không thể giúp Chương trình Bảo trợ Trẻ em. Lý do: _____

Đọc và ký tên - Nếu quý vị có một đại diện được ủy quyền, người đó có thể ký thay cho quý vị.

Bằng cách ký vào đơn này, tôi xác nhận rằng

- Tôi đã đọc và đồng ý với bản *Thông báo Thực hành Quyền riêng tư của OHA* được kèm theo với *Bản Hướng dẫn Gia hạn Bảo hiểm OHP*.
- Tôi xác nhận rằng tôi có sự cho phép của tất cả những người trong gia hộ của tôi để nộp thông tin và nhận các giấy tờ liên quan đến khả năng hội đủ tiêu chuẩn và đăng ký của họ.

Tên viết hoa

Chữ ký

Mã số Hồ sơ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ngày hôm nay (tháng/ngày/năm)

CÁCH GỬI ĐƠN GIA HẠN BẢO HIỂM OHP CỦA QUÝ VỊ

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

Fax: Sử dụng trang bìa màu vàng được kèm trong gói này để fax tài liệu của quý vị đến số 503-378-5628.