VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN BẰNG MỰC XANH HOẶC MỰC ĐEN

KanCare

For Agency Use Only:

1. Hãy cho chúng tôi biết về bản thân bạn: Nếu bạn đăng ký cho trẻ em, bạn phải liệt kê cha mẹ, người giám hộ hoặc người lớn trong hộ gia đình.

Tên hợp pháp: _____ Liệt kê bất kỳ tên nào khác được sử dụng: _____

Địa chỉ nhà riêng: _____ Số căn hộ hoặc số lô: _____ Thành phố: _____ Hạt: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Địa chỉ nhận thư (nếu khác): _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số điện thoại nhà riêng: (____) _____ Số nhắn tin/điện thoại di động: (____) _____ Số điện thoại nơi làm việc: (____) _____
Chúng tôi có thể gọi cho bạn tại nơi làm việc được không? Không _____ Có _____

2. Hãy cho chúng tôi biết về những người khác sống trong gia đình bạn: Bắt đầu với chính bạn tại dòng 1. Đánh dấu từng người bạn muốn đề cập đến và cung cấp Số Bảo hiểm Xã hội (SSN) của họ. Liệt kê số SSN cho mọi người trong gia đình bạn có thể giúp chúng tôi phục vụ bạn tốt hơn. Hãy sử dụng một trang giấy khác nếu bạn cần thêm chỗ viết.

Đăng ký cho		Tên hợp pháp (nếu có thai, liệt kê "trẻ chưa sinh" trên một dòng riêng)	Nếu có thai, hãy chỉ rõ ngày sinh dự tính	Mối quan hệ với Người #1	NAM NỮ	Số Bảo hiểm Xã hội	Ngày sinh	Là công dân Mỹ?		Nơi sinh Tiểu bang/Hạt	Chủng tộc/ Dân tộc (tùy chọn)	Tên đầy đủ của cha mẹ – Điền thông tin cho những người dưới 19 tuổi, kể cả trẻ chưa sinh	
Có	Không							Ja	Nein			Cha	Mẹ (Tên thời con gái)
		1.		Bản thân									
		2.											
		3.											
		4.											
		5.											
		6.											

3. Hãy cho chúng tôi biết về thu nhập của bạn: Cần có bằng chứng tất cả các thu nhập trước khi khấu trừ. Ví dụ bao gồm cuống séc trả lương, bảng kê từ nhà tuyển dụng của bạn, thư trợ cấp, v.v. Nếu bạn làm việc cho chính bản thân bạn (tự kinh doanh), bạn phải cung cấp hồ sơ hoàn thuế hoàn chỉnh mới nhất, nếu đã nộp. Bạn phải cung cấp bảng kê thu nhập và chi phí trong ba tháng cuối cho công việc kinh doanh của bạn nếu bạn không có hồ sơ hoàn thuế.

Có ai trong hộ gia đình bạn có việc làm hoặc tự kinh doanh không? Không _____ **Có** _____ Nếu có, hãy điền vào bảng dưới đây cho tất cả các công việc.

Tên người có thu nhập lương	Tên công ty và Số điện thoại (nếu tự kinh doanh, hãy liệt kê loại hình kinh doanh)	Lương hoặc tiền công theo giờ	Tiền boa, Tiền môi giới hoặc Tiền thưởng	Số giờ làm việc mỗi tuần	Bạn thường nhận lương như thế nào?	Ngày trong tuần được trả lương	Ngày séc lương tiếp theo	Đối với người tự kinh doanh	
								Thu nhập hàng tháng (Trước chi phí)	Hàng tháng Chi phí kinh doanh

Có ai trong hộ gia đình bạn, kể cả trẻ em, có thu nhập như hỗ trợ trẻ em, tiền cấp dưỡng, trợ cấp thất nghiệp, Bảo hiểm Xã hội/SSI, đền bù dành cho người lao động, trợ cấp cựu chiến binh, v.v. không? Không _____ **Có** _____ Nếu có, hãy điền vào bảng dưới đây cho từng người nhận thu nhập.

Tên người Nhận thu nhập	Loại/Nguồn thu nhập	Số tiền nhận được (Trước khi khấu trừ)	Thường xuyên nhận được như thế nào	Số lệnh tòa án/Khiếu nại

4. Bạn có đăng ký cho ai cần giúp đỡ thanh toán hóa đơn y tế trong 3 tháng qua không? Không _____ **Có** _____
Nếu có, bạn phải cung cấp bằng chứng tổng thu nhập mà gia đình bạn đã nhận được trong từng tháng trong 3 tháng qua.

5. Quý vị có đăng ký cho ai có bất kỳ loại bảo hiểm nào không (ngoài trợ giúp y tế của Kansas)? Không _____ Có _____ Nếu có, hãy điền vào bảng dưới đây và cung cấp bản sao của tất cả các thẻ bảo hiểm (cả hai mặt).

Nếu bảo hiểm sức khỏe đã kết thúc trong vòng tám tháng qua đối với bất kỳ ai mà bạn đang đăng ký cho người đó, hãy giải thích vì sao. _____

Tên bảo hiểm	Người giữ hợp đồng bảo hiểm	Những người được bảo hiểm	Loại bảo hiểm (Bệnh viện, Răng, khác)	Ngày bắt đầu	Ngày kết thúc	Số hợp đồng bảo hiểm và Số nhóm

6. Nếu bạn trả tiền cho ai đó trông nom một người trong gia đình khi bạn đi làm, bạn trả bao nhiêu tiền mỗi tháng? _____
Thông tin này không được sử dụng cho tất cả các chương trình.

7. Có ai trong hộ gia đình bạn nhận được thu nhập từ quỹ ủy thác không? Không _____ Có _____ Nếu chúng tôi cần thêm thông tin, chúng tôi sẽ liên hệ với bạn.

8. Bạn có muốn một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh không? Không _____ Có _____ Nếu có, vui lòng liệt kê. Viết: _____ Nói: _____

Bạn có sử dụng phương tiện khác để trao đổi không, như ngôn ngữ dấu hiệu, chữ viết nổi Braille, TDD, kiểu khác? Không _____ Có _____
Nếu có, vui lòng liệt kê. Phương tiện khác: _____

9. Chọn kế hoạch sức khỏe của bạn: Nếu được phê duyệt trợ giúp y tế, dịch vụ của bạn sẽ được cung cấp bởi KanCare. Có 3 kế hoạch sức khỏe KanCare để chọn. Vui lòng xem lại Điểm nổi bật về Dịch vụ Bổ sung và chọn kế hoạch của bạn. Nếu bạn không chọn, chúng tôi sẽ gán một kế hoạch cho bạn. Nếu bạn không thích kế hoạch đã gán của bạn, bạn sẽ có 90 ngày để thay đổi kế hoạch. Bạn sẽ nhận được gói thông tin về kế hoạch của bạn.

☐ Amerigroup ☐ Sunflower State Health Plan (Kế hoạch sức khỏe) ☐ UnitedHealthcare

10. 10. Điều kiện quan trọng và Ủy quyền công bố thông tin:

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền được đối xử công bằng không phụ thuộc vào chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, niềm tin chính trị hay nguồn gốc quốc gia.
- Tôi có quyền được đảm bảo thông tin tôi đã cung cấp được giữ bí mật trừ khi có liên quan trực tiếp đến hoạt động quản lý của các chương trình trợ giúp y tế của Kansas.
- Tôi phải cung cấp hoặc đăng ký Số bảo hiểm xã hội cho bất kỳ ai đang đăng ký trợ giúp y tế và tôi cho phép sử dụng những số bảo hiểm này để quản lý chương trình. Những số bảo hiểm này cũng sẽ được sử dụng để đối chiếu trên máy tính với các tổ chức khác như ngân hàng, Cơ quan quản lý bảo hiểm xã hội và Cơ quan dịch vụ doanh thu nội bộ.
- Điều quan trọng là cung cấp thông tin thu nhập, địa chỉ và cấu thành gia đình hiện tại và tôi có trách nhiệm báo cáo về các thay đổi trong quá trình xử lý hồ sơ đăng ký và khi còn đang đủ điều kiện.
- Một số hoặc tất cả những người tôi đang đăng ký có thể nhận bảo hiểm sức khỏe tương tự theo chương trình Medicard, nếu đủ điều kiện. Tôi có trách nhiệm sử dụng và báo cáo về bất kỳ nguồn lực nào từ bên thứ ba (như bảo hiểm y tế, sự dàn xếp của tòa án, thanh toán hỗ trợ y tế, quỹ ủy thác, mối quan hệ với người bảo hộ, v.v.) mà có thể có nghĩa vụ pháp lý thanh toán cho bất kỳ hoặc tất cả các chi phí y tế của những người tôi đang đăng ký. Tôi hiểu rằng thanh toán cho một dịch vụ cụ thể có thể bị giữ lại khi có quyết định về lỗi sử dụng một nguồn tài nguyên thứ ba được đưa ra.
- Mọi khoản thanh toán dành cho tôi bởi một nguồn lực từ bên thứ ba cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm trong các chương trình trợ giúp y tế của Kansas sẽ được sử dụng để thanh toán cho hóa đơn y tế hiện hành và những chương trình này sẽ chỉ thanh toán cho các dịch vụ không được bảo hiểm bởi nguồn lực từ bên thứ ba này. Tôi đồng ý hợp tác với đơn vị bảo hiểm y tế để theo đuổi các nguồn tài nguyên bên thứ ba này.
- Nếu tôi nhận trợ giúp y tế sau tuổi 54 hoặc khi đang thuộc một cơ sở từ thiện, có thể có yêu cầu thanh toán dựa trên bất động sản của tôi để hoàn trả cho các chi phí y tế được thực hiện nhân danh tôi. Tôi hiểu rằng (các) tổ chức y tế của tôi sẽ được thông báo về yêu cầu bồi thường đang chờ xử lý.
- Tôi có trách nhiệm đọc và trả lời trung thực tất cả các câu hỏi của hồ sơ đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp thông tin sai hoặc thông tin gây hiểu nhầm một cách có chủ đích hoặc che giấu thông tin được yêu cầu bởi hồ sơ đăng ký, tôi sẽ phải chịu phạt vì hành động của tôi.
- Tôi có quyền yêu cầu một buổi điều trần nếu tôi không đồng ý với quyết định. Yêu cầu bằng văn bản phải được gửi đi trong vòng 30 ngày từ ngày quyết định.

Tôi đồng ý:

- Đảo lại mọi khoản thanh toán hỗ trợ y tế cho tất cả những người đang nhận trợ giúp y tế nếu người lớn trong gia đình được xác định đủ điều kiện nhận trợ giúp y tế.
- Giúp Dịch vụ Hỗ trợ Trẻ em (CSS) trong việc thiết lập và thực thi lệnh hỗ trợ (nếu cần) nếu người lớn trong gia đình được xác định đủ điều kiện để nhận trợ giúp y tế.

Tôi xác nhận:

- Mọi người mà tôi đang yêu cầu bảo hiểm sức khỏe – và người được xác định đủ điều kiện cho bảo hiểm này – là công dân Hoa Kỳ hoặc không phải công dân Hoa Kỳ có trạng thái nhập cư hợp pháp. Có thể cần bằng chứng trạng thái nhập cư. (Ngoại lệ: những người đăng ký trợ giúp y tế khẩn cấp theo SOBRA)
- Theo các quy định về hình phạt khi có sự khai man, rằng các câu trả lời của tôi là chính xác và hoàn thiện theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Tôi cho phép:

- Các khoản thanh toán trong chương trình này được trả trực tiếp cho bác sỹ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế khác cho mọi dịch vụ y tế và dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được cung cấp cho những người mà tôi đang đăng ký trong khi vẫn đủ điều kiện.
- Các nhà cung cấp dịch vụ y tế công bố thông tin y tế cho Bộ Y tế và Môi trường Kansas, Vụ Tài chính Chăm sóc Sức khỏe (KDHE DHCF), Bộ Trẻ em và Gia đình (DCF), Bộ Dịch vụ cho Người có tuổi và Người khuyết tật Kansas (KDADS), Bộ Dịch vụ Sức khỏe và Con người Hoa Kỳ, các công ty bảo hiểm và các nhà thầu cung cấp dịch vụ y tế khác. Tôi cũng cho phép KDHE, DCF và KDADS chia sẻ thông tin y tế vì mục đích quản lý với các cơ quan và các nhà thầu khác.

11. 11. Chữ ký: Bạn phải ký và ghi ngày vào hồ sơ đăng ký này để hồ sơ được coi là hoàn thiện.

_____
Chữ ký của người đăng ký (Phải có) Ngày

_____
Chữ ký của vợ hoặc chồng hoặc Người lớn khác (Nếu đăng ký) Ngày

Chữ ký của tôi trên hồ sơ đăng ký này thông báo rằng tôi đã đọc và hiểu các điều kiện ở trên. Chữ ký này cũng cho phép các nhà tuyển dụng, các nhà cung cấp dịch vụ y tế, các tổ chức tài chính, các nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm, các nhà cung cấp trợ cấp và các cá nhân hoặc tổ chức khác có kiến thức về hoàn cảnh của tôi cung cấp cho KDHE, DCF, KDADS hoặc các chương trình trợ cấp khác bất kỳ thông tin nào, kể cả thông tin bí mật, cần thiết để thiết lập tình trạng đủ điều kiện của tôi. Toàn bộ thông tin được cung cấp trên hồ sơ đăng ký này được bảo vệ bởi các luật về sự bí mật của tiểu bang và liên bang. Công bố này hợp lệ từ ngày này. Bản sao của giấy phép này cũng hợp lệ như bản gốc.

12. Thông tin Đăng ký Cử tri Kansas: Bạn có muốn đăng ký bỏ phiếu ngày hôm nay không? Không _____ Có _____ Đã đăng ký _____
Mục này sẽ **không** ảnh hưởng đến trợ giúp y tế của bạn.