MNsure℠
Nơi quý vị chọn bảo hiểm sức khỏe cho mình

Đơn Xin Bảo hiểm y tế và Giúp Đỡ để Trả Chi Phí

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT

Nộp đơn trực tuyến nhanh hơn

- Đơn xin trực tuyến nhanh chóng và dễ dàng! Quý vị có thể biết quyết định nhanh chóng nếu sử dụng đơn xin trực tuyến tại www.mnsure.org
- Quý vị cũng có thể yêu cầu giúp đỡ trực tuyến nếu có thắc mắc trong tiến trình làm đơn xin.

Sử dụng đơn này để xem quý vị đủ tiêu chuẩn được các lựa chọn bảo hiểm nào

- Các chương trình bảo hiểm y tế tư giá phải chăng bao trả toàn diện để quý vị sống khỏe
- Khấu trừ thuế mới có thể ngay lập tức giúp quý vị trả bảo phí cho bảo hiểm y tế
- Bảo hiểm miễn phí hay giá thấp từ Medical Assistance - MA (Trợ Giúp Y Tế) hoặc MinnesotaCare, các chương trình chăm sóc sức khỏe của Minnesota
- **Quý có thể đủ điều kiện được chương trình miễn phí hay giá thấp ngay cả khi lợi tức của quý vị là $103,000 một năm (cho gia đình có bốn người).**

Người nào có thể sử dụng đơn xin này?

- Sử dụng đơn này để nộp đơn cho bất cứ ai trong gia đình của quý vị.
- Nộp đơn ngay cả khi quý vị hay con mình đã có bảo hiểm y tế. Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm chi phí thấp hay miễn phí.
- Những gia đình có người di trú có thể nộp đơn. Quý vị có thể nộp đơn cho con mình ngay cả khi quý vị không đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm.
- Nếu có người giúp quý vị điền đơn này, quý vị sẽ cần hoàn tất Phụ Lục C.
- Đối với người Mỹ Da Đỏ hay Alaska Bản Xứ, xin hoàn tất Phụ Lục B khi điền vào đơn xin này.

Quý vị cần gì để nộp đơn xin

- Số Social Security (An Sinh Xã Hội) (hay số tài liệu cho bất cứ người di trú hợp pháp nào cần bảo hiểm)
- Thông tin về hãng làm và lợi tức đối với mỗi người trong gia đình quý vị (thí dụ, từ phiếu lương, mẫu W-2, hay tiền lương và bản khai thuế)
- Số hợp đồng cho bất cứ bảo hiểm y tế hiện tại nào
- Thông tin về bảo hiểm y tế liên quan đến việc làm có sẵn cho gia đình của quý vị.

Tại sao chúng tôi yêu cầu thông tin này?

Chúng tôi hỏi về lợi tức và các thông tin khác để cho quý vị biết mình đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm nào và quý vị có thể được giúp đỡ để trả cho chi phí đó hay không. **Chúng tôi sẽ giữ kín và bảo vệ tất cả thông tin quý vị cung cấp, theo đòi hỏi của luật pháp. Đọc thông tin đính kèm Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư (Notice of Privacy Practices) để biết thêm chi tiết.**

Điều gì xảy ra kế tiếp?

Gởi đơn đã điền đầy đủ, có ký tên theo hướng dẫn trong Bước 8 nơi trang 21. Chúng tôi sẽ duyệt xét đơn xin và thông báo kết quả cho quý vị bằng văn bản.

Yêu cầu giúp đỡ để hoàn tất đơn này

- **Trực tuyến: www.mnsure.org**
- **Điện thoại:** Gọi MNsure ở số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities).
- **Gặp mặt trực tiếp:** Sẽ có người hướng dẫn hay môi giới ở khu vực của quý vị có thể giúp đỡ. Viếng thăm mạng lưới của chúng tôi, hoặc gọi số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities) để biết thêm thông tin.
- Nếu quý vị cần giúp đỡ bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

Để sử dụng các dạng khác của thông tin này và để sử dụng thêm các dịch vụ nhân sự công bằng, xin viết cho DHS.info@state.mn.us, gọi 1-800-657-3739, hoặc sử dụng dịch vụ chuyển tiếp mà quý vị muốn. ADA1 (2-18)

BƯỚC 1 Những người bao gồm trên đơn xin này

Cho chúng tôi biết về tất cả những thân quyến sống chung với quý vị. Nếu quý vị nộp thuế, chúng tôi cần biết về mọi người trên bản khai thuế của quý vị.

NHỚ bao gồm:

- Bản thân quý vị
- Người phối ngẫu
- Các con dưới 19 tuổi sống chung với quý vị
- Các con của người phối ngẫu dưới 19 tuổi sống chung với quý vị
- Quý vị tình chưa kết hôn của quý vị nếu có con chung
- Bất cứ người nào quý vị ghi trên bản khai thuế, ngay cả khi người này không sống chung với quý vị
- Bất cứ người nào dưới 19 tuổi mà quý vị chăm sóc hay sống chung với quý vị.

Bao gồm những người bên trên ngay cả khi họ không cần bảo hiểm chăm sóc sức khỏe.

KHÔNG bao gồm:

- Con từ 19 tuổi trở lên của quý vị mà quý vị không khai là người thuộc quyền
- Con từ 19 tuổi trở lên của người phối ngẫu mà quý vị không khai là người thuộc quyền
- Quý vị tình chưa kết hôn của quý vị, nếu hai người chưa có con chung và không khai thuế chung
- Con của quý vị tình chưa kết hôn của quý vị, nếu không liên hệ với quý vị và quý vị không khai chúng là người thuộc quyền
- Người khác sống cùng quý vị nhưng không phải người phối ngẫu hoặc con quý vị và quý vị không khai thuế chung
- Cha mẹ của quý vị, nếu quý vị từ 19 tuổi trở lên thì cha mẹ không khai quý vị là người thuộc quyền và quý vị cũng không khai họ là người thuộc quyền

Những người này có thể nộp một đơn xin bảo hiểm chăm sóc sức khỏe riêng.

Bảo hiểm y tế và sự giúp đỡ quý vị đủ điều kiện phụ thuộc vào số người trong gia đình quý vị và lợi tức của họ.Thông tin này giúp chúng tôi bảo đảm là mọi người được bảo hiểm tốt nhất.

Hoàn tất Bước 2 cho mỗi người trong gia đình của quý vị. Bắt đầu với chính quý vị; sau đó thêm người lớn và trẻ em khác. Nếu quý vị có hơn bốn người trong gia đình thì làm các bản sao của các trang 14-17. Quý vị không cần cung cấp tình trạng di trú hay số Social Security (SSN) cho những người nào không ghi danh cho bảo hiểm y tế. Cung cấp số SNN của tất cả những người trong gia đình có thể giúp cho việc cứu xét đơn được nhanh hơn. Chúng tôi sử dụng SSN để kiểm tra lợi tức và các thông tin khác để xem người nào đủ tiêu chuẩn được giúp đỡ chi phí bảo hiểm y tế. Nếu có người muốn được giúp đỡ để xin SSN, gọi số 1-800-772-1213 hay đến mạng lưới www.socialsecurity.gov. Nếu quý vị là người sử dụng TTY nên gọi số 1-800-325-0778, hoặc dùng dịch vụ tiếp âm nào quý vị ưa chuộng.

Thân quyến khác. Nếu quý vị có thân quyến khác, chưa ghi trong Bước 2 trong đơn này, muốn bảo hiểm theo chương trình sức khỏe gia đình thì xin xem Bước 6 trong đơn này (trang 19).

Chương trình An toàn tại nhà. Nếu gia hộ của quý vị ở trong Chương trình An toàn tại nhà (Safe at Home Program) của Minnesota, quý vị không cần phải cung cấp cho chúng tôi địa chỉ nhà của quý vị. Trong hộp Địa chỉ nhà, quý vị chỉ cần cung cấp tên của quận quý vị sống và mã zip nhà của quý vị. Viết địa chỉ Chương trình An toàn tại nhà của quý vị trong hộp Địa chỉ gửi thư.

BƯỚC 2: NGƯỜI 1 Bắt đầu với chính quý vị

Hoàn tất Bước 2 cho chính quý vị và những người nào cần bao gồm trong đơn này. Xem Bước 1 để biết thêm thông tin về người cần bao gồm. Người 1 phải là người liên lạc cho đơn của quý vị.

1. TÊN, TÊN LÓT, HỌ, VẦN ĐUÔI		
2. NGÀY SINH _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM) Nếu dưới 18 tuổi, quý vị có dưới sự kiểm soát hợp pháp của cha mẹ mình hay không? ◯ Có ◯ Không	3. GIỚI TÍNH ◯ Nam ◯ Nữ	4. TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN ◯ Ly thân chánh thức ◯ Có gia đình ◯ Ly dị ◯ Góa bụa ◯ Độc thân

5. Quý vị có số Social Security (SSN) không?

◯ Có – số SSN của quý vị là gì?* _____

◯ Không – quý vị có ghi danh xin số SSN không? ◯ Có ◯ Không – tại sao không? Chọn mã lý do danh sách ở trang 21: _____

*Xem Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư và Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm (Tờ đính kèm A) để có thông tin về SSN.

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 1 (Tiếp tục với chính quý vị)

6. ☐ Đánh dấu vào đây nếu quý vị là người vô gia cư.
Nếu quý vị đánh dấu vào hộp, quý vị sống trong quận nào? _____

7a. ĐỊA CHỈ NHÀ (Không viết số hộp thư bưu điện ở đây. Bao gồm bất cứ số hộp thư bưu điện nào trong câu hỏi 12.)			7b. SỐ CĂN HỘ HAY PHÒNG
8. THÀNH PHỐ	9. TIỂU BANG	10. BƯU CHÁNH	11. QUẬN
12. ĐỊA CHỈ GỞI THƯ (nếu khác với địa chỉ nhà)			13. SỐ CĂN HỘ HAY PHÒNG
14. THÀNH PHỐ	15. TIỂU BANG	16. BƯU CHÁNH	17. QUẬN

18. SỐ ĐIỆN THOẠI để chúng tôi có thể gọi cho quý vị:
◯ Di động ◯ Nhà ◯ Chỗ làm

19. SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC nơi chúng tôi có thể gọi quý vị:
◯ Di động ◯ Nhà ◯ Chỗ làm

20a. NGÔN NGỮ NÓI CHỌN LỌC CỦA QUÝ VỊ	20b. NGÔN NGỮ VIẾT CHỌN LỌC CỦA QUÝ VỊ	21. Quý vị có cần thông ngôn viên không? ◯ Có ◯ Không

22. CHỌN PHƯƠNG PHÁP LIÊN LẠC CHỌN LỌC VỀ ĐƠN XIN NÀY
Điện thư: ◯ Có ◯ Không
Bưu Chính Hoa Kỳ: ◯ Có ◯ Không

ĐỊA CHỈ ĐIỆN THƯ

23. Quý vị có muốn có người đại diện ủy quyền làm thay cho mình không?
(Quý vị có thể cho phép người mình tin cậy cho chúng tôi biết về đơn xin này, xem thông tin của quý vị và thay mặt cho quý vị về các vấn đề liên quan đến đơn xin này, bao gồm lấy thông tin về đơn xin và ký vào đơn xin thay cho quý vị.)
◯ Có – **hoàn tất Phụ Lục C** ◯ Không

24. Quý vị có định nộp bản khai thuế lợi tức liên bang **năm kế tiếp** không?
(Quý vị vẫn có thể nộp đơn xin bảo hiểm y tế ngay cả khi không nộp bản khai thuế lợi tức liên bang.)
◯ Có – xin trả lời câu hỏi a, b và c. ◯ Không – sang câu hỏi c.

a. Quý vị có khai thuế chung với người phối ngẫu không?
◯ Có – tên người phối ngâu: _____
◯ Không – Quý vị có nộp thuế theo hình thức Có Người phối ngẫu Nộp đơn riêng vì bạo hành gia đình hoặc người phối ngẫu từ bỏ (người phối ngẫu bỏ nhà) hoặc nộp đơn với tư cách Chủ Gia hộ không? ◯ Có ◯ Không

b. Quý vị có khai bất cứ người thuộc quyền nào trên bản khai thuế của mình không? ◯ Có ◯ Không
Nếu có, nêu (những) tên của người thuộc quyền: _____

c. Quý vị sẽ được khai là người thuộc quyền trên bản khai thuế của người khác phải không? ◯ Có ◯ Không
Nếu có, xin nêu tên của người nộp thuế: _____

Nếu quý vị khai bất cứ người thuộc quyền nào trên bản khai thuế của quý vị, xin liệt kê những người này trên đơn xin, dù là họ không làm đơn xin trợ cấp.

25. ACó phải quý vị mang thai không? ◯ Có ◯ Không Nếu có, quý vị mong có bao nhiêu con trong lần mang thai này? _____
Ngày dự tính sanh con: _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)

26. Quý vị có đang ghi danh bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cho chính mình không?
(Ngay cả quý vị có bảo hiểm, có thể có chương trình có bảo hiểm tốt hơn hay chi phí thấp hơn.)
◯ Có – trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây. ◯ Không – sang câu hỏi về việc làm và lợi tức trên trang 4.

27. Quý vị có định chọn Minnesota làm nơi sinh sống không? ◯ Có ◯ Không
a. Quý vị có đến Minnesota để được chăm sóc y tế hoặc vì lý do cá nhân không? ◯ Có ◯ Không

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 1 (Tiếp tục với chính quý vị)

28. Có phải quý vị là công dân Hoa Kỳ hay kiều bào Hoa Kỳ không?

(Một công dân Hoa Kỳ là người sinh ra ở Samoa thuộc Hoa Kỳ hoặc Đảo Swains, một người sinh ra bên ngoài Hoa Kỳ có một hoặc cả hai cha mẹ là công dân Hoa Kỳ hoặc một người sinh ra ở Quần đảo Bắc Mariana đã chọn làm công dân Hoa Kỳ.)

◯ Có – sang câu hỏi 31. ◯ Không – sang câu hỏi 29.

29. Tình trạng di trú hiện tại của quý vị là gì? *(Chọn mã tình trạng từ danh sách ở trang 21, hoặc viết tình trạng của quý vị vào bên dưới đây nếu không có mã tình trạng trong danh sách.)*

Mã hoặc tình trạng: _____

a. Loại tài liệu di trú: _____ b. Số căn cước di trú: _____

c. Số thẻ: _____ d. Ngày tài liệu hết hạn (Tháng/Ngày/Năm): _____

e. Ngày nhập cảnh (Tháng/Ngày/Năm): _____

f. Quý vị có nhập cảnh Hoa Kỳ trước 22 tháng 8, 1996 không? ◯ Có ◯ Không

g. Quý vị có sống ở Hoa Kỳ trên năm năm với tình trạng đủ điều kiện không? *(Xem trang 21 để xác định quý vị có được tình trạng đủ điều kiện không)* ◯ Có ◯ Không

h. Quý vị có người bảo lãnh không? ◯ Có – Tên người bảo lãnh: _____ ◯ Không

i. Quý vị, hoặc người phối ngẫu hoặc cha mẹ của quý vị, có phải là một cựu quân nhân hoặc đang tại ngũ không? ◯ Có ◯ Không

j. Quý có muốn được giúp trả tiền cho trường hợp khẩn cấp y tế không?

◯ Không ◯ Có – ngày bắt đầu và ngày kết thúc của trường hợp khẩn cấp y tế là những ngày nào?

_____ (Ngày/Tháng/Năm) đến _____ (Ngày/Tháng/Năm)

k. Quý vị có nhận được dịch vụ từ Trung tâm cho nạn nhân bị tra tấn không? ◯ Có ◯ Không

30. Quý vị từng có tình trạng di trú khác với tình trạng hiện tại của quý vị (ví dụ: người tị nạn bên ngoài hay bên trong Hoa Kỳ) không?

◯ Không ◯ Có – tình trạng di trú trước kia của quý vị là gì? (Chọn mã tình trạng từ danh sách ở trang 21 hoặc viết tình trạng của quý vị vào bên dưới đây nếu không có trong danh sách.)

Mã hoặc tình trạng: _____ Ngày nhập ban đầu: _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)

31. Quý vị có muốn MA giúp đỡ trả hóa đơn y tế từ ba tháng qua không?

(Ngày bắt đầu MA có thể là ba tháng kể từ ngày ghi danh nếu quý vị có hóa đơn y tế vào lúc đó và đáp ứng các đòi hỏi của MA.)

◯ Có – xin trả lời câu hỏi a và b. ◯ Không – sang câu hỏi 32.

a. Bao nhiêu tháng? ◯ Một ◯ Hai ◯ Ba

b. Tất cả những điều quý vị cho chúng tôi biết trên đơn xin có vẫn như vậy trong (những) tháng qua không? (Thí dụ, lợi tức, mang thai và sống ở Minnesota)

◯ Có ◯ Không

32. Quý vị có từng được dịch vụ nuôi dưỡng ở Minnesota không? ◯ Có – trả lời câu hỏi a và b ◯ Không

a. Dịch vụ nuôi dưỡng có chấm dứt khi quý vị đủ 18 tuổi trở lên không? ◯ Có ◯ Không

b. Quý vị có nhận Medical Assistance hay MinnesotaCare khi bị chấm dứt dịch vụ nuôi dưỡng không? ◯ Có ◯ Không

33. Xin trả lời có hay không cho năm câu hỏi sau đây.

a. Quý vị có bị mù không? ◯ Có ◯ Không

b. Quý vị có bị tình trạng sức khỏe thể chất, tâm thần, hay cảm xúc làm hạn chế các hoạt động của quý vị (như tắm rửa, mặc đồ, làm công việc lặt vặt hàng ngày, v.v...) không?

◯ Có ◯ Không

c. Quý vị có cần giúp để ở nhà hay để trả tiền chăm sóc tại cơ sở dài hạn như nhà điều dưỡng không? ◯ Có ◯ Không

d. Quý vị có được Cơ Quan Điều Quản An Sinh Xã Hội (Social Security Administration - SSA) hoặc Nhóm Duyệt Xét Y Tế Tiểu Bang (State Medical Review Team - SMRT) xác định là bị khuyết tật không?

◯ Có ◯ Không

e. Quý vị có tham gia chương trình chữa trị tại gia bệnh tâm thần hoặc nghiện ngập ma túy hoặc rượu hay không? ◯ Có ◯ Không

34. Quý vị hiện có đang ở tù hay bị giam giữ không?

◯ Không ◯ Có – Nếu ở tù, quý vị có đang chờ án quyết không? ◯ Có ◯ Không

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 1 (Tiếp tục với chính quý vị)

35. Nếu là gốc Tây Ban Nha hoặc La Tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu tất cả nếu áp dụng.)
☐ Người Mễ ☐ Người Mỹ gốc Mễ ☐ Người gốc Chicano hoặc Chicana ☐ Người Puerto Rico ☐ Người Cuba ☐ Khác: _____

36. Chủng tộc (TÙY Ý—đánh dấu tất cả nếu áp dụng.)
☐ Da Trắng ☐ Da đen hay Người Mỹ gốc Phi Châu ☐ Người Mỹ Đa Dỏ hay Người Alaska Bản Xứ
☐ Người Á Châu Da Đỏ ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Phi Luật Tân ☐ Người Nhật Bản ☐ Người Đại Hàn
☐ Người Việt Nam ☐ Người Á Châu Khác ☐ Người Hạ Uy Di Bản Xứ ☐ Người Guamanian hay Chamorro
☐ Người Samoa ☐ Người Quần Đảo Thái Bình Dương ☐ Khác: _____

Mới thay đổi việc làm

37. TRONG SÁU THÁNG QUA, QUÝ VỊ CÓ THỰC HIỆN BẤT CỨ ĐIỀU NÀO SAU ĐÂY KHÔNG? (Đánh dấu tất cả các mục thích hợp)
☐ Đổi việc làm ☐ Ngưng làm việc ☐ Bắt đầu làm ít giờ hơn hay bị giảm lương ☐ Không có câu nào trong số này đúng

Công Việc Hiện Tại và Thông Tin về Lợi Tức (Đánh dấu tất cả các ô áp dụng.)

☐ **Đi làm**
Nếu quý vị hiện đang làm việc, cho chúng tôi biết lợi tức của quý vị. Bắt đầu bằng câu hỏi 38.

☐ **Tư doanh**
Sang câu hỏi 42.

☐ **Thuê làm việc theo mùa**
Sang câu hỏi 43.

☐ **Không đi làm**
Sang câu hỏi 44.

Công Việc Hiện Tại 1

38. TÊN VÀ ĐỊA CHỈ HÃNG LÀM: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

39. TIỀN LƯƠNG VÀ TIỀN BOA CÓ ĐÁNH THUẾ: Liệt kê số tiền lương sau các khoản trừ lương và trước khi trừ thuế. Các khoản trừ lương có thể là cho chương trình hưu trí, chương trình bảo hiểm y tế, chương trình giữ trẻ hoặc chương trình đậu xe và chuyên chở. Chọn một và điền số tiền.

◯ Hàng giờ $ _____ mỗi giờ Số giờ mỗi tuần: _____
◯ Hàng tuần $ _____
◯ Mỗi hai tuần $ _____
◯ Hai lần một tháng $ _____
◯ Hàng tháng $ _____
◯ Hàng năm $ _____

Công Việc Hiện Tại 2

(Nếu quý vị có nhiều việc làm hơn và cần thêm khoảng trống, đính kèm thêm tờ giấy khác và bao gồm thông tin đó.)

40. TÊN VÀ ĐỊA CHỈ HÃNG LÀM: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

41. TIỀN LƯƠNG VÀ TIỀN BOA CÓ ĐÁNH THUẾ: Liệt kê số tiền lương sau các khoản trừ lương và trước khi trừ thuế. Các khoản trừ lương có thể là cho chương trình hưu trí, chương trình bảo hiểm y tế, chương trình giữ trẻ hoặc chương trình đậu xe và chuyên chở. Chọn một và điền số tiền.

◯ Hàng giờ $ _____ mỗi giờ Số giờ mỗi tuần: _____
◯ Hàng tuần $ _____
◯ Mỗi hai tuần $ _____
◯ Hai lần một tháng $ _____
◯ Hàng tháng $ _____
◯ Hàng năm $ _____

42. **TỰ LÀM CHỦ:** LỢI TỨC VÀ TIỀN LỖ TỪ VIỆC LÀM NÔNG, NGƯ NGHIỆP HOẶC KINH DOANH KHÁC. TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY:
a. Loại công việc _____
b. Có bao nhiêu tiền lợi tức hoặc tiền lỗ quý vị nghĩ sẽ có từ việc tự làm chủ trong 12 tháng tới?
Số tiền lợi tức $ _____ hoặc Số tiền lỗ $ _____

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 1 (Tiếp tục với chính quý vị)

43. **LỢI TỨC THEO MÙA: Chỉ điền nếu quý vị làm việc theo mùa.**

TỔNG SỐ LỢI TỨC THEO MÙA CỦA QUÝ VỊ CHO 12 THÁNG TỚI	TỔNG SỐ THẤT NGHIỆP CỦA QUÝ VỊ TRONG 12 THÁNG TỚI

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA CHỦ NHÂN: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

44. **LỢI TỨC KHÁC THÁNG NÀY:** Đánh dấu tất cả nếu áp dụng, và ghi số tiền hay số lần quý vị nhận được.
Lưu ý: Quý vị không cần cho chúng tôi biết về cấp dưỡng con cái, tiền trả cựu chiến bình, tiền từ tài khoản Đạt một cuộc sống tốt hơn (Achieving a Better Life Experience - ABLE) hay Supplemental Security Income - SSI (Tiền Phụ Cấp An Sinh).

- ☐ Không
- ☐ Thất nghiệp $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Hưu bổng $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ An sinh xã hội $ _____ hàng tháng
- ☐ Hồi hưu khác $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền cấp dưỡng đã nhận* $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền thuê thực sự hoặc tiền bản quyền $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền lời $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

Tiền không trả thuế là bao nhiêu từ số tiền này? $ _____

- ☐ Lợi tức chịu thuế khác dự kiến trong vòng 12 tháng tới
  Loại: _____ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Lợi tức chịu thuế khác trong tháng này (Lợi tức chịu thuế là lợi tức mà quý vị liệt kê vào đoạn Lợi tức của Mẫu 1040 của Sở Thuế Vụ (IRS - Internal Revenue Service).
  Loại: _____ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

*Đừng liệt kê tiền cấp dưỡng người phối ngẫu nhận được như là tiền lợi tức nếu thỏa thuận ly hôn hay ly thân của quý vị được thực hiện sau 2018.

45. **ĐIỀU CHỈNH LỢI TỨC:** Đánh dấu tất cả các điều áp dụng, và cho biết số tiền và thường xuyên ra sao quý vị trả món đó.
Nếu quý vị trả một số món tiền mà có thể khấu trừ khỏi tiền lợi tức gộp trên bản khai thuế liên bang, cho chúng tôi biết về những món tiền này để có thể được giảm chi phí bảo hiểm y tế. Xem các Điều chỉnh Lợi tức trong Mục lục 1 của Mẫu 1040 của IRS. **Ghi chú**: Quý vị không được tính chi phí mà quý vị đã ghi trong phần lợi tức hoặc tiền lỗ từ việc tự làm chủ (câu hỏi 42b).

- ☐ Chi phí của giáo viên $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Một số chi phí kinh doanh của người trừ bị, Nghệ sĩ biểu diễn, và các viên chức chính phủ có căn bản tự do $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Món trừ trương mục tiết kiệm sức khỏe $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Chi phí dọn nhà cho các quân nhân tại ngũ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Phần khấu trừ thuế của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Các chương trình SEP, SIMPLE và các chương trình đủ tiêu chuẩn của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Khấu trử bảo hiểm y tế của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền phạt vì rút tiền tiết kiệm sớm $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền cấp dưỡng người phối ngẫu đã trả* $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Khấu trừ IRA $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền lời của tiền vay đi học $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền học phí và các khoản lệ phí $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

*Đừng liệt kê tiền trả cấp dưỡng người phối ngẫu như là điều chỉnh lợi tức nếu thỏa thuận ly hôn hay ly thân của quý vị được thực hiện sau 2018.

46. **LỢI TỨC HÀNG NĂM DỰ TÍNH CHO NĂM 2020:** Quý vị có dự tính là lợi tức hàng năm cho 2020 sẽ khác với lợi tức quý vị liệt kê trong các câu hỏi trước đây không?
◯ Có – tổng số lợi tức dự tính cho năm 2020: $ _____ ◯ Không

Xem trang 21 để có thêm thông tin về cách tính lợi tức dự tính hàng năm của quý vị.

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 2

Hoàn tất Bước 2-4 cho bất cứ người nào khác quý vị cần bao gồm trên đơn này. Xem trang 1 Bước 1 để biết thêm thông tin về người cần bao gồm. Nếu quý vị không có ai khác để bao gồm, sang trang 18 Bước 3.

1. TÊN, TÊN LÓT, HỌ, VẦN ĐUÔI		2. TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN ◯ Ly thân chánh thức ◯ Có gia đình ◯ Ly dị ◯ Góa bụa ◯ Độc thân
3. MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	4. NGÀY SINH _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM) Nếu dưới 18 tuổi, quý vị có dưới sự kiểm soát hợp pháp của cha mẹ mình hay không? ◯ Có ◯ Không	5. GIỚI TÍNH ◯ Nam ◯ Nữ

6. NGƯỜI 2 có số Social Security (SSN) không?

◯ Có – số SSN của NGƯỜI 2 là gì?* _____

◯ Không – NGƯỜI 2 có ghi danh xin số SSN không? ◯ Có ◯ Không – tại sao không? Chọn mã lý do danh sách ở trang 21: _____

*Xem Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư và Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm (Tờ đính kèm A) để có thông tin về SSN.

7. NGƯỜI 2 có sống cùng địa chỉ với quý vị không? ◯ Có ◯ Không – nêu địa chỉ: _____

8. Quý vị có định nộp bản khai thuế lợi tức liên bang **năm kế tiếp** không?

(NGƯỜI 2 vẫn có thể nộp đơn xin bảo hiểm y tế ngay cả khi không nộp bản khai thuế lợi tức liên bang.)

◯ Có – xin trả lời câu hỏi a, b và c. ◯ Không – sang câu hỏi c.

a. Quý vị có khai thuế chung với người phối ngẫu không?

◯ Có – tên người phối ngẫu: _____

◯ Không – NGƯỜI 2 có nộp thuế theo hình thức Có Người phối ngẫu Nộp đơn riêng vì bạo hành gia đình hoặc người phối ngẫu từ bỏ (người phối ngẫu bỏ nhà) hoặc nộp đơn với tư cách Chủ Gia hộ không? ◯ Có ◯ Không

b. Quý vị có khai bất cứ người thuộc quyền nào trên bản khai thuế của mình không? ◯ Có ◯ Không

Nếu có, nêu (những) tên của người thuộc quyền: _____

c. Quý vị sẽ được khai là người thuộc quyền trên bản khai thuế của người khác phải không? ◯ Có ◯ Không

Nếu có, xin nêu tên của người nộp thuế: _____

NGƯỜI 2 có quan hệ như thế nào với người nộp thuế? _____

9. NGƯỜI 2 có thai phải không? ◯ Có ◯ Không Nếu có, quý vị mong có bao nhiêu con trong lần mang thai này? _____

Ngày dự tính sanh con: _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)

10. NGƯỜI 2 có muốn ghi danh bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không?

(Ngay cả NGƯỜI 2 có bảo hiểm, có thể có chương trình có bảo hiểm tốt hơn hay chi phí thấp hơn.)

◯ Có – trả lời **tất cả** các câu hỏi dưới đây. ◯ Không – sang câu hỏi về việc làm và lợi tức trên trang 8.

11. NGƯỜI 2 đến Minnesota để được chăm sóc y tế hoặc vì lý do cá nhân? ◯ Có ◯ Không

a. Does PERSON 2 plan to make Minnesota his or her home? ◯ Có ◯ Không

12. Có phải NGƯỜI 2 là công dân Hoa Kỳ hay kiều bào Hoa Kỳ không?

(Một công dân Hoa Kỳ là người sinh ra ở Samoa thuộc Hoa Kỳ hoặc Đảo Swains, một người sinh ra bên ngoài Hoa Kỳ có một hoặc cả hai cha mẹ là công dân Hoa Kỳ hoặc một người sinh ra ở Quần đảo Bắc Mariana đã chọn làm công dân Hoa Kỳ.)

◯ Có – sang câu hỏi 15. ◯ Không – sang câu hỏi 13.

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 2 (Tiếp tục với NGƯỜI 2)

13. Tình trạng di trú hiện tại của NGƯỜI 2 là gì? *(Chọn mã tình trạng từ danh sách ở trang 21, hoặc viết tình trạng của NGƯỜI 2 vào bên dưới đây nếu không có mã tình trạng trong danh sách.)*

Mã hoặc tình trạng: _____

a. Loại tài liệu di trú: _____ b. Số căn cước di trú: _____

c. Số thẻ: _____ d. Ngày tài liệu hết hạn (Tháng/Ngày/Năm): _____

e. Ngày nhập cảnh (Tháng/Ngày/Năm): _____

f. NGƯỜI 2 có nhập cảnh Hoa Kỳ trước 22 tháng 8, 1996 không? ◯ Có ◯ Không

g. NGƯỜI 2 có sống ở Hoa Kỳ trên năm năm với tình trạng đủ điều kiện không? *(Xem trang 21 để xác định NGƯỜI 2 có được tình trạng đủ điều kiện không.)* ◯ Có ◯ Không

h. NGƯỜI 2 có người bảo lãnh không? ◯ Có – Tên người bảo lãnh: _____ ◯ Không

i. NGƯỜI 2, hoặc người phối ngẫu hoặc cha mẹ của họ, có phải là một cựu quân nhân hoặc đang tại ngũ không? ◯ Có ◯ Không

j. NGƯỜI 2 có muốn được giúp trả tiền cho trường hợp khẩn cấp y tế không?

◯ Không ◯ Có – ngày bắt đầu và ngày kết thúc của trường hợp khẩn cấp y tế là những ngày nào?

_____ (Ngày/Tháng/Năm) đến _____ (Ngày/Tháng/Năm)

k. NGƯỜI 2 có nhận được dịch vụ từ Trung tâm cho nạn nhân bị tra tấn không? ◯ Có ◯ Không

14. NGƯỜI 2 đã từng có tình trạng di trú khác với tình trạng hiện tại của họ không (ví dụ: người tị nạn bên ngoài hay bên trong Hoa Kỳ)?

◯ Không ◯ Có – Tình trạng di trú trước kia của NGƯỜI 2 là gì? (Chọn mã tình trạng từ danh sách ở page 21, hoặc viết tình trạng di trú trước kia của NGƯỜI 2 vào bên dưới đây nếu không có trong danh sách.)

Mã hoặc tình trạng: _____ Ngày nhập ban đầu: _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)

15. NGƯỜI 2 có muốn MA giúp đỡ trả hóa đơn y tế từ ba tháng qua không?

(Ngày bắt đầu MA có thể là ba tháng kể từ ngày quý vị ghi danh nếu NGƯỜI 2 có hóa đơn y tế từ lúc đó và đáp ứng các đòi hỏi của MA.)

◯ Có – xin trả lời câu hỏi a và b. ◯ Không – sang câu hỏi 16.

a. Bao nhiêu tháng? ◯ Một ◯ Hai ◯ Ba

b. Tất cả những điều quý vị cho chúng tôi biết trên đơn xin có vẫn như vậy trong (những) tháng qua không? (Thí dụ, lợi tức, mang thai và sống ở Minnesota) ◯ Có ◯ Không

16. NGƯỜI 2 có từng được dịch vụ nuôi dưỡng ở Minnesota không? ◯ Có – trả lời câu hỏi a và b ◯ Không

a. Dịch vụ nuôi dưỡng có chấm dứt khi NGƯỜI 2 đủ 18 tuổi trở lên không? ◯ Có ◯ Không

b. NGƯỜI 2 có nhận Medical Assistance hay MinnesotaCare khi bị chấm dứt dịch vụ nuôi dưỡng không? ◯ Có ◯ Không

17. Xin trả lời có hay không cho năm câu hỏi sau đây.

a. NGƯỜI 2 có bị mù không? ◯ Có ◯ Không

b. NGƯỜI 2 có bị tình trạng sức khỏe thể chất, tâm thần, hay cảm xúc làm hạn chế các hoạt động của NGƯỜI 2 (như tắm rửa, mặc đồ, làm công việc lặt vặt hàng ngày, v.v...) không? ◯ Có ◯ Không

c. NGƯỜI 2 có cần giúp để ở nhà hay để trả tiền chăm sóc tại cơ sở dài hạn như nhà điều dưỡng không? ◯ Có ◯ Không

d. NGƯỜI 2 có được Cơ Quan Điều Quản An Sinh Xã Hội (Social Security Administration, hay SSA) hoặc Nhóm Duyệt Xét Y Tế Tiểu Bang (State Medical Review Team, hay SMRT) xác định là bị khuyết tật không? ◯ Có ◯ Không

e. NGƯỜI 2 có trong chương trình điều trị tại gia bệnh tâm thần, nghiện ngập ma túy hoặc rượu không? ◯ Có ◯ Không

18. NGƯỜI 2 hiện có bị ở tù hay giam giữ không?

◯ Không ◯ Có – Nếu ở tù, NGƯỜI 2 có đang chờ án quyết không? ◯ Có ◯ Không

19. Nếu là gốc Tây Ban Nha hoặc La Tinh, dân tộc (TÙY Ý – đánh dấu tất cả nếu áp dụng.)

☐ Người Mễ ☐ Người Mỹ gốc Mễ ☐ Người gốc Chicano hoặc Chicana ☐ Người Puerto Rico ☐ Người Cuba ☐ Khác: _____

20. Chủng tộc (TÙY Ý—đánh dấu tất cả nếu áp dụng.)

☐ Da Trắng ☐ Da đen hay Người Mỹ gốc Phi Châu ☐ Người Mỹ Đa Dỏ hay Người Alaska Bản Xứ

☐ Người Á Châu Da Đỏ ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Phi Luật Tân ☐ Người Nhật Bản ☐ Người Đại Hàn

☐ Người Việt Nam ☐ Người Á Châu Khác ☐ Người Hạ Uy Di Bản Xứ ☐ Người Guamanian hay Chamorro

☐ Người Samoa ☐ Người Quần Đảo Thái Bình Dương ☐ Khác: _____

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 2 (Tiếp tục với NGƯỜI 2)

Mới thay đổi việc làm

21. TRONG SÁU THÁNG QUA, NGƯỜI 2 CÓ THỰC HIỆN BẤT CỨ ĐIỀU NÀO SAU ĐÂY KHÔNG? (Đánh dấu tất cả các mục thích hợp)

☐ Đổi việc làm ☐ Ngưng làm việc ☐ Bắt đầu làm ít giờ hơn hay bị giảm lương ☐ Không có câu nào trong số này đúng

Công Việc Hiện Tại và Thông Tin về Lợi Tức (Đánh dấu tất cả các ô áp dụng.)

☐ **Đi làm**
Nếu NGƯỜI 2 hiện đang làm việc, cho chúng tôi biết lợi tức của quý vị. Bắt đầu bằng câu hỏi 22.

☐ **Tư doanh**
Sang câu hỏi 26.

☐ **Thuê làm việc theo mùa**
Sang câu hỏi 27.

☐ **Không đi làm**
Sang câu hỏi 28.

Công Việc Hiện Tại 1

22. TÊN VÀ ĐỊA CHỈ HÃNG LÀM: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

23. TIỀN LƯƠNG VÀ TIỀN BOA CÓ ĐÁNH THUẾ: Liệt kê số tiền lương sau các khoản trừ lương và trước khi trừ thuế. Các khoản trừ lương có thể là cho chương trình hưu trí, chương trình bảo hiểm y tế, chương trình giữ trẻ hoặc chương trình đậu xe và chuyên chở. Chọn một và điền số tiền.

◯ Hàng giờ $ _____ mỗi giờ Số giờ mỗi tuần: _____
◯ Hàng tuần $ _____
◯ Mỗi hai tuần $ _____
◯ Hai lần một tháng $ _____
◯ Hàng tháng $ _____
◯ Hàng năm $ _____

Công Việc Hiện Tại 2

(Nếu NGƯỜI 2 có nhiều việc làm và cần thêm khoảng trống, đính kèm thêm tờ giấy khác và bao gồm thông tin đó.)

24. TÊN VÀ ĐỊA CHỈ HÃNG LÀM: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

25. TIỀN LƯƠNG VÀ TIỀN BOA CÓ ĐÁNH THUẾ: List the amount after pretax payroll deductions and before taxes. Pretax payroll deductions may be for a retiree plan, health insurance plan, child care plan or a parking and transportation program. Choose one and fill in the dollar amount.

◯ Hàng giờ $ _____ mỗi giờ Số giờ mỗi tuần: _____
◯ Hàng tuần $ _____
◯ Mỗi hai tuần $ _____
◯ Hai lần một tháng $ _____
◯ Hàng tháng $ _____
◯ Yearly $ _____

26. **TỰ LÀM CHỦ:** LỢI TỨC VÀ TIỀN LỖ TỪ VIỆC LÀM NÔNG, NGƯ NGHIỆP HOẶC KINH DOANH KHÁC. TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY:

a. Loại công việc _____

b. Có bao nhiêu tiền lợi tức hoặc tiền lỗ NGƯỜI 2 nghĩ sẽ có từ việc tự làm chủ trong 12 tháng tới? Số tiền lợi tức $ _____ hoặc Số tiền lỗ $ _____

27. **LỢI TỨC THEO MÙA: Chỉ điền nếu NGƯỜI 2 làm việc theo mùa.**

TỔNG SỐ LỢI TỨC THEO MÙA CỦA NGƯỜI 2 CHO 12 THÁNG TỚI	TỔNG SỐ THẤT NGHIỆP CỦA NGƯỜI 2 TRONG 12 THÁNG TỚI

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA CHỦ NHÂN: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 2 (Tiếp tục với NGƯỜI 2)

28. **LỢI TỨC KHÁC THÁNG NÀY:** Đánh dấu tất cả nếu áp dụng, và ghi số tiền hay số lần NGƯỜI 2 nhận được.
Lưu ý: NGƯỜI 2 không cần cho chúng tôi biết về cấp dưỡng con cái, tiền trả cựu chiến binh, tiền từ tài khoản Đạt một cuộc sống tốt hơn (Achieving a Better Life Experience - ABLE) hay Supplemental Security Income - SSI (Tiền Phụ Cấp An Sinh).

- ☐ Không
- ☐ Thất nghiệp $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Hưu bổng $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ An sinh xã hội $ _____ hàng tháng
- ☐ Hồi hưu khác $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền cấp dưỡng đã nhận* $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền thuê thực sự hoặc tiền bản quyền $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền lời $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

  Tiền không trả thuế là bao nhiêu từ số tiền này? $ _____
- ☐ Lợi tức chịu thuế khác dự kiến trong vòng 12 tháng tới

  Loại: _____ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Lợi tức chịu thuế khác trong tháng này (Lợi tức chịu thuế là lợi tức mà quý vị liệt kê vào đoạn Lợi tức của Mẫu 1040 của Sở Thuế Vụ (IRS - Internal Revenue Service).

  Loại: _____ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

*Đừng liệt kê tiền cấp dưỡng người phối ngẫu nhận được như là tiền lợi tức nếu thỏa thuận ly hôn hay ly thân của quý vị được thực hiện sau 2018.

29. **ĐIỀU CHỈNH LỢI TỨC:** Đánh dấu tất cả các điều áp dụng, và cho biết số tiền và thường xuyên ra sao NGƯỜI 2 trả món đó.
Nếu NGƯỜI 2 trả một số món tiền mà có thể khấu trừ khỏi tiền lợi tức gộp trên bản khai thuế liên bang, cho chúng tôi biết về những món tiền này để có thể được giảm chi phí bảo hiểm y tế. Xem các Điều chỉnh Lợi tức trong Mục lục 1 của Mẫu 1040 của IRS. **Ghi chú**: NGƯỜI 2 không được tính chi phí mà NGƯỜI 2 đã ghi trong phần lợi tức hoặc tiền lỗ từ việc tự làm chủ (câu hỏi 42b).

- ☐ Chi phí của giáo viên $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Một số chi phí kinh doanh của người trừ bị, Nghệ sĩ biểu diễn, và các viên chức chính phủ có căn bản tự do $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Món trừ trương mục tiết kiệm sức khỏe $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Chi phí dọn nhà cho các quân nhân tại ngũ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Phần khấu trừ thuế của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Các chương trình SEP, SIMPLE và các chương trình đủ tiêu chuẩn của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Khấu trừ bảo hiểm y tế của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền phạt vì rút tiền tiết kiệm sớm $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền cấp dưỡng người phối ngẫu đã trả * $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Khấu trừ IRA $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền lời của tiền vay đi học $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền học phí và các khoản lệ phí $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

*Đừng liệt kê tiền trả cấp dưỡng người phối ngẫu như là điều chỉnh lợi tức nếu thỏa thuận ly hôn hay ly thân của quý vị được thực hiện sau 2018.

30. **LỢI TỨC HÀNG NĂM DỰ TÍNH CHO NĂM 2020:** NGƯỜI 2 có dự tính là lợi tức hàng năm cho 2020 sẽ khác với lợi tức quý vị liệt kê trong các câu hỏi trước đây không?

◯ Có – tổng số lợi tức dự tính cho năm 2020: $ _____ ◯ Không

Xem trang 21 để có thêm thông tin về cách tính lợi tức dự tính hàng năm của NGƯỜI 2.

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 3

Hoàn tất Bước 2-4 cho bất cứ người nào khác quý vị cần bao gồm trên đơn này. Xem trang 1 Bước 1 để biết thêm thông tin về người cần bao gồm. Nếu quý vị không có ai khác để bao gồm, sang trang 18 Bước 3.

1. TÊN, TÊN LÓT, HỌ, VẦN ĐUÔI	2. TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN ◯ Ly thân chánh thức ◯ Có gia đình ◯ Ly dị ◯ Góa bụa ◯ Độc thân

3. MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	4. NGÀY SINH _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM) Nếu dưới 18 tuổi, quý vị có dưới sự kiểm soát hợp pháp của cha mẹ mình hay không? ◯ Có ◯ Không	5. GIỚI TÍNH ◯ Nam ◯ Nữ

6. NGƯỜI 3 có số Social Security (SSN) không?

◯ Có – số SSN của NGƯỜI 3 là gì?* _____

◯ Không – NGƯỜI 3 có ghi danh xin số SSN không? ◯ Có ◯ Không – tại sao không? Chọn mã lý do danh sách ở trang 21: _____

*Xem Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư và Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm (Tờ đính kèm A) để có thông tin về SSN.

7. NGƯỜI 3 có sống cùng địa chỉ với quý vị không? ◯ Có ◯ Không – nêu địa chỉ: _____

8. Quý vị có định nộp bản khai thuế lợi tức liên bang **năm kế tiếp** không?

(NGƯỜI 3 vẫn có thể nộp đơn xin bảo hiểm y tế ngay cả khi không nộp bản khai thuế lợi tức liên bang.)

◯ Có – xin trả lời câu hỏi a, b và c. ◯ Không – sang câu hỏi c.

a. Quý vị có khai thuế chung với người phối ngẫu không?

◯ Có – tên người phối ngẫu: _____

◯ Không – NGƯỜI 3 có nộp thuế theo hình thức Có Người phối ngẫu Nộp đơn riêng vì bạo hành gia đình hoặc người phối ngẫu từ bỏ (người phối ngẫu bỏ nhà) hoặc nộp đơn với tư cách Chủ Gia hộ không? ◯ Có ◯ Không

b. Quý vị có khai bất cứ người thuộc quyền nào trên bản khai thuế của mình không? ◯ Có ◯ Không

Nếu có, nêu (những) tên của người thuộc quyền: _____

c. Quý vị sẽ được khai là người thuộc quyền trên bản khai thuế của người khác phải không? ◯ Có ◯ Không

Nếu có, xin nêu tên của người nộp thuế: _____

NGƯỜI 3 có quan hệ như thế nào với người nộp thuế? _____

9. NGƯỜI 3 có thai phải không? ◯ Có ◯ Không Nếu có, quý vị mong có bao nhiêu con trong lần mang thai này? _____

Ngày dự tính sanh con: _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)

10. NGƯỜI 3 có muốn ghi danh bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không?

(Ngay cả NGƯỜI 3 có bảo hiểm, có thể có chương trình có bảo hiểm tốt hơn hay chi phí thấp hơn.)

◯ Có – trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây. ◯ Không – sang câu hỏi về việc làm và lợi tức trên trang 12.

11. NGƯỜI 3 đến Minnesota để được chăm sóc y tế hoặc vì lý do cá nhân? ◯ Có ◯ Không

a. NGƯỜI 3 có dự định cư ngụ tại Minnesota không? ◯ Có ◯ Không

12. Có phải NGƯỜI 3 là công dân Hoa Kỳ hay kiều bào Hoa Kỳ không?

(Một công dân Hoa Kỳ là người sinh ra ở Samoa thuộc Hoa Kỳ hoặc Đảo Swains, một người sinh ra bên ngoài Hoa Kỳ có một hoặc cả hai cha mẹ là công dân Hoa Kỳ hoặc một người sinh ra ở Quần đảo Bắc Mariana đã chọn làm công dân Hoa Kỳ.)

◯ Có – sang câu hỏi 15. ◯ Không – sang câu hỏi 13.

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 3 (Tiếp tục với NGƯỜI 3)

13. Tình trạng di trú hiện tại của NGƯỜI 3 là gì? *(Chọn mã tình trạng từ danh sách ở trang 21, hoặc viết tình trạng của NGƯỜI 3 vào bên dưới đây nếu không có mã tình trạng trong danh sách.)*

Mã hoặc tình trạng: _____

a. Loại tài liệu di trú: _____ b. Số căn cước di trú: _____

c. Số thẻ: _____ d. Ngày tài liệu hết hạn (Tháng/Ngày/Năm): _____

e. Ngày nhập cảnh (Tháng/Ngày/Năm): _____

f. NGƯỜI 3 có nhập cảnh Hoa Kỳ trước 22 tháng 8, 1996 không? ◯ Có ◯ Không

g. NGƯỜI 3 có sống ở Hoa Kỳ trên năm năm với tình trạng đủ điều kiện không? *(Xem trang 21 để xác định NGƯỜI 3 có được tình trạng đủ điều kiện không.)* ◯ Có ◯ Không

h. NGƯỜI 3 có người bảo lãnh không? ◯ Có – Tên người bảo lãnh: _____ ◯ Không

i. NGƯỜI 3, hoặc người phối ngẫu hoặc cha mẹ của họ, có phải là một cựu quân nhân hoặc đang tại ngũ không? ◯ Có ◯ Không

j. NGƯỜI 3 có muốn được giúp trả tiền cho trường hợp khẩn cấp y tế không?

◯ Không ◯ Có – ngày bắt đầu và ngày kết thúc của trường hợp khẩn cấp y tế là những ngày nào?

_____ (Ngày/Tháng/Năm) đến _____ (Ngày/Tháng/Năm)

k. NGƯỜI 3 có nhận được dịch vụ từ Trung tâm cho nạn nhân bị tra tấn không? ◯ Có ◯ Không

14. NGƯỜI 3 đã từng có tình trạng di trú khác với tình trạng hiện tại của họ không (ví dụ: người tị nạn bên ngoài hay bên trong Hoa Kỳ)?

◯ Không ◯ Có – Tình trạng di trú trước kia của NGƯỜI 3 là gì? (Chọn mã tình trạng từ danh sách ở page 21, hoặc viết tình trạng di trú trước kia của NGƯỜI 3 vào bên dưới đây nếu không có trong danh sách.)

Mã hoặc tình trạng: _____ Ngày nhập ban đầu: _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)

15. NGƯỜI 3 có muốn MA giúp đỡ trả hóa đơn y tế từ ba tháng qua không?

(The start date for MA can go back up to three months from your application date if PERSON 2 has medical bills from that time and meets the MA requirements.)

◯ Có – xin trả lời câu hỏi a và b. ◯ Không – sang câu hỏi 16.

a. Bao nhiêu tháng? ◯ Một ◯ Hai ◯ Ba

b. Tất cả những điều quý vị cho chúng tôi biết trên đơn xin có vẫn như vậy trong (những) tháng qua không? (Thí dụ, lợi tức, mang thai và sống ở Minnesota) ◯ Có ◯ Không

16. NGƯỜI 3 có từng được dịch vụ nuôi dưỡng ở Minnesota không? ◯ Có – trả lời câu hỏi a và b ◯ Không

a. Dịch vụ nuôi dưỡng có chấm dứt khi NGƯỜI 3 đủ 18 tuổi trở lên không? ◯ Có ◯ Không

b. NGƯỜI 3 có nhận Medical Assistance hay MinnesotaCare khi bị chấm dứt dịch vụ nuôi dưỡng không? ◯ Có ◯ Không

17. Xin trả lời có hay không cho năm câu hỏi sau đây.

a. NGƯỜI 3 có bị mù không? ◯ Có ◯ Không

b. NGƯỜI 3 có bị tình trạng sức khỏe thể chất, tâm thần, hay cảm xúc làm hạn chế các hoạt động của NGƯỜI 3 (như tắm rửa, mặc đồ, làm công việc lặt vặt hàng ngày, v.v...) không? ◯ Có ◯ Không

c. NGƯỜI 3 có cần giúp để ở nhà hay để trả tiền chăm sóc tại cơ sở dài hạn như nhà điều dưỡng không? ◯ Có ◯ Không

d. NGƯỜI 3 có được Cơ Quan Điều Quản An Sinh Xã Hội (Social Security Administration, hay SSA) hoặc Nhóm Duyệt Xét Y Tế Tiểu Bang (State Medical Review Team, hay SMRT) xác định là bị khuyết tật không? ◯ Có ◯ Không

e. NGƯỜI 3 có trong chương trình điều trị tại gia bệnh tâm thần, nghiện ngập ma túy hoặc rượu không? ◯ Có ◯ Không

18. NGƯỜI 3 hiện có bị ở tù hay giam giữ không?

◯ Không ◯ Có – Nếu ở tù, NGƯỜI 3 có đang chờ án quyết không? ◯ Có ◯ Không

19. Nếu là gốc Tây Ban Nha hoặc La Tinh, dân tộc (TÙY Ý – đánh dấu tất cả nếu áp dụng.)

☐ Người Mễ ☐ Người Mỹ gốc Mễ ☐ Người gốc Chicano hoặc Chicana ☐ Người Puerto Rico ☐ Người Cuba ☐ Khác: _____

20. Chủng tộc (TÙY Ý—đánh dấu tất cả nếu áp dụng.)

☐ Da Trắng ☐ Da đen hay Người Mỹ gốc Phi Châu ☐ Người Mỹ Đa Dỏ hay Người Alaska Bản Xứ

☐ Người Á Châu Da Đỏ ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Phi Luật Tân ☐ Người Nhật Bản ☐ Người Đại Hàn

☐ Người Việt Nam ☐ Người Á Châu Khác ☐ Người Hạ Uy Di Bản Xứ ☐ Người Guamanian hay Chamorro

☐ Người Samoa ☐ Người Quần Đảo Thái Bình Dương ☐ Khác: _____

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 3 (Tiếp tục với NGƯỜI 3)

Mới thay đổi việc làm

21. TRONG SÁU THÁNG QUA, NGƯỜI 3 CÓ THỰC HIỆN BẤT CỨ ĐIỀU NÀO SAU ĐÂY KHÔNG? (Đánh dấu tất cả các mục thích hợp)

☐ Đổi việc làm ☐ Ngưng làm việc ☐ Bắt đầu làm ít giờ hơn hay bị giảm lương ☐ Không có câu nào trong số này đúng

Công Việc Hiện Tại và Thông Tin về Lợi Tức (Đánh dấu tất cả các ô áp dụng.)

☐ **Đi làm**
Nếu NGƯỜI 3 hiện đang làm việc, cho chúng tôi biết lợi tức của quý vị. Bắt đầu bằng câu hỏi 22.

☐ **Tư doanh**
Sang câu hỏi 26.

☐ **Thuê làm việc theo mùa**
Sang câu hỏi 27.

☐ **Không đi làm**
Sang câu hỏi 28.

Công Việc Hiện Tại 1

22. TÊN VÀ ĐỊA CHỈ HÃNG LÀM: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

23. TIỀN LƯƠNG VÀ TIỀN BOA CÓ ĐÁNH THUẾ: Liệt kê số tiền lương sau các khoản trừ lương và trước khi trừ thuế. Các khoản trừ lương có thể là cho chương trình hưu trí, chương trình bảo hiểm y tế, chương trình giữ trẻ hoặc chương trình đậu xe và chuyên chở. Chọn một và điền số tiền.

◯ Hàng giờ $ _____ mỗi giờ Số giờ mỗi tuần: _____
◯ Hàng tuần $ _____
◯ Mỗi hai tuần $ _____
◯ Hai lần một tháng $ _____
◯ Hàng tháng $ _____
◯ Hàng năm $ _____

Công Việc Hiện Tại 2

(Nếu NGƯỜI 3 có nhiều việc làm và cần thêm khoảng trống, đính kèm thêm tờ giấy khác và bao gồm thông tin đó.)

24. TÊN VÀ ĐỊA CHỈ HÃNG LÀM: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

25. TIỀN LƯƠNG VÀ TIỀN BOA CÓ ĐÁNH THUẾ: List the amount after pretax payroll deductions and before taxes. Pretax payroll deductions may be for a retiree plan, health insurance plan, child care plan or a parking and transportation program. Choose one and fill in the dollar amount.

◯ Hàng giờ $ _____ mỗi giờ Số giờ mỗi tuần: _____
◯ Hàng tuần $ _____
◯ Mỗi hai tuần $ _____
◯ Hai lần một tháng $ _____
◯ Hàng tháng $ _____
◯ Yearly $ _____

26. **TỰ LÀM CHỦ:** LỢI TỨC VÀ TIỀN LỖ TỪ VIỆC LÀM NÔNG, NGƯ NGHIỆP HOẶC KINH DOANH KHÁC. TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY:

a. Loại công việc _____

b. Có bao nhiêu tiền lợi tức hoặc tiền lỗ NGƯỜI 3 nghĩ sẽ có từ việc tự làm chủ trong 12 tháng tới? Số tiền lợi tức $ _____ hoặc Số tiền lỗ $ _____

27. **LỢI TỨC THEO MÙA: Chỉ điền nếu NGƯỜI 3 làm việc theo mùa.**

TỔNG SỐ LỢI TỨC THEO MÙA CỦA NGƯỜI 3 CHO 12 THÁNG TỚI	TỔNG SỐ THẤT NGHIỆP CỦA NGƯỜI 3 TRONG 12 THÁNG TỚI

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA CHỦ NHÂN: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 3 (Tiếp tục với NGƯỜI 3)

28. **LỢI TỨC KHÁC THÁNG NÀY:** Đánh dấu tất cả nếu áp dụng, và ghi số tiền hay số lần NGƯỜI 3 nhận được.
Lưu ý: NGƯỜI 3 không cần cho chúng tôi biết về cấp dưỡng con cái, tiền trả cựu chiến bình, tiền từ tài khoản Đạt một cuộc sống tốt hơn (Achieving a Better Life Experience - ABLE) hay Supplemental Security Income - SSI (Tiền Phụ Cấp An Sinh).

- ☐ Không
- ☐ Thất nghiệp $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Hưu bổng $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ An sinh xã hội $ _____ hàng tháng
- ☐ Hồi hưu khác $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền cấp dưỡng đã nhận* $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền thuê thực sự hoặc tiền bản quyền $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền lời $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

Tiền không trả thuế là bao nhiêu từ số tiền này? $ _____

- ☐ Lợi tức chịu thuế khác dự kiến trong vòng 12 tháng tới
  Loại: _____ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Lợi tức chịu thuế khác trong tháng này (Lợi tức chịu thuế là lợi tức mà quý vị liệt kê vào đoạn Lợi tức của Mẫu 1040 của Sở Thuế Vụ (IRS - Internal Revenue Service).
  Loại: _____ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

*Đừng liệt kê tiền cấp dưỡng người phối ngẫu nhận được như là tiền lợi tức nếu thỏa thuận ly hôn hay ly thân của quý vị được thực hiện sau 2018.

29. **ĐIỀU CHỈNH LỢI TỨC:** Đánh dấu tất cả các điều áp dụng, và cho biết số tiền và thường xuyên ra sao NGƯỜI 3 trả món đó.
Nếu NGƯỜI 3 trả một số món tiền mà có thể khấu trừ khỏi tiền lợi tức gộp trên bản khai thuế liên bang, cho chúng tôi biết về những món tiền này để có thể được giảm chi phí bảo hiểm y tế. Xem các Điều chỉnh Lợi tức trong Mục lục 1 của Mẫu 1040 của IRS. **Ghi chú**: NGƯỜI 3 không được tính chi phí mà NGƯỜI 3 đã ghi trong phần lợi tức hoặc tiền lỗ từ việc tự làm chủ (câu hỏi 42b).

- ☐ Chi phí của giáo viên $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Một số chi phí kinh doanh của người trừ bị, Nghệ sĩ biểu diễn, và các viên chức chính phủ có căn bản tự do $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Món trừ trương mục tiết kiệm sức khỏe $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Chi phí dọn nhà cho các quân nhân tại ngũ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Phần khấu trừ thuế của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Các chương trình SEP, SIMPLE và các chương trình đủ tiêu chuẩn của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Khấu trừ bảo hiểm y tế của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền phạt vì rút tiền tiết kiệm sớm $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền cấp dưỡng người phối ngẫu đã trả * $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Khấu trừ IRA $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền lời của tiền vay đi học $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền học phí và các khoản lệ phí $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

*Đừng liệt kê tiền trả cấp dưỡng người phối ngẫu như là điều chỉnh lợi tức nếu thỏa thuận ly hôn hay ly thân của quý vị được thực hiện sau 2018.

30. **LỢI TỨC HÀNG NĂM DỰ TÍNH CHO NĂM 2020:** NGƯỜI 3 có dự tính là lợi tức hàng năm cho 2020 sẽ khác với lợi tức quý vị liệt kê trong các câu hỏi trước đây không?
◯ Có – tổng số lợi tức dự tính cho năm 2020: $ _____ ◯ Không

Xem trang 21 để có thêm thông tin về cách tính lợi tức dự tính hàng năm của NGƯỜI 3.

STOP Nếu gia đình quý vị có trên bốn người, làm bản sao của trang 14-17 và điền lên bản sao tất cả các thành viên trong gia đình trong đơn này để được bảo hiểm.

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 4

Hoàn tất Bước 2-4 cho bất cứ người nào khác quý vị cần bao gồm trên đơn này. Xem trang 1 Bước 1 để biết thêm thông tin về người cần bao gồm. Nếu quý vị không có ai khác để bao gồm, sang trang 18 Bước 3.

1. TÊN, TÊN LÓT, HỌ, VẦN ĐUÔI	2. TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN ◯ Ly thân chánh thức ◯ Có gia đình ◯ Ly dị ◯ Góa bụa ◯ Độc thân

3. MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	4. NGÀY SINH _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM) Nếu dưới 18 tuổi, quý vị có dưới sự kiểm soát hợp pháp của cha mẹ mình hay không? ◯ Có ◯ Không	5. GIỚI TÍNH ◯ Nam ◯ Nữ

6. NGƯỜI 4 có số Social Security (SSN) không?

◯ Có – số SSN của NGƯỜI 4 là gì?* _____

◯ Không – NGƯỜI 4 có ghi danh xin số SSN không? ◯ Có ◯ Không – tại sao không? Chọn mã lý do danh sách ở trang 21: _____

*Xem Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư và Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm (Tờ đính kèm A) để có thông tin về SSN.

7. NGƯỜI 4 có sống cùng địa chỉ với quý vị không? ◯ Có ◯ Không – nêu địa chỉ: _____

8. Quý vị có định nộp bản khai thuế lợi tức liên bang **năm kế tiếp** không?

(NGƯỜI 4 vẫn có thể nộp đơn xin bảo hiểm y tế ngay cả khi không nộp bản khai thuế lợi tức liên bang.)

◯ Có – xin trả lời câu hỏi a, b và c. ◯ Không – sang câu hỏi c.

a. Quý vị có khai thuế chung với người phối ngẫu không?

◯ Có – tên người phối ngẫu: _____

◯ Không – NGƯỜI 4 có nộp thuế theo hình thức Có Người phối ngẫu Nộp đơn riêng vì bạo hành gia đình hoặc người phối ngẫu từ bỏ (người phối ngẫu bỏ nhà) hoặc nộp đơn với tư cách Chủ Gia hộ không? ◯ Có ◯ Không

b. Quý vị có khai bất cứ người thuộc quyền nào trên bản khai thuế của mình không? ◯ Có ◯ Không

Nếu có, nêu (những) tên của người thuộc quyền: _____

c. Quý vị sẽ được khai là người thuộc quyền trên bản khai thuế của người khác phải không? ◯ Có ◯ Không

Nếu có, xin nêu tên của người nộp thuế: _____

NGƯỜI 4 có quan hệ như thế nào với người nộp thuế? _____

9. NGƯỜI 4 có thai phải không? ◯ Có ◯ Không Nếu có, quý vị mong có bao nhiêu con trong lần mang thai này? _____

Ngày dự tính sanh con: _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)

10. NGƯỜI 4 có muốn ghi danh bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không?

(Ngay cả NGƯỜI 4 có bảo hiểm, có thể có chương trình có bảo hiểm tốt hơn hay chi phí thấp hơn.)

◯ Có – trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây. ◯ Không – sang câu hỏi về việc làm và lợi tức trên trang 16.

11. NGƯỜI 4 đến Minnesota để được chăm sóc y tế hoặc vì lý do cá nhân? ◯ Có ◯ Không

a. NGƯỜI 4 có dự định cư ngụ tại Minnesota không? ◯ Có ◯ Không

12. Có phải NGƯỜI 4 là công dân Hoa Kỳ hay kiều bào Hoa Kỳ không?

(Một công dân Hoa Kỳ là người sinh ra ở Samoa thuộc Hoa Kỳ hoặc Đảo Swains, một người sinh ra bên ngoài Hoa Kỳ có một hoặc cả hai cha mẹ là công dân Hoa Kỳ hoặc một người sinh ra ở Quần đảo Bắc Mariana đã chọn làm công dân Hoa Kỳ.)

◯ Có – sang câu hỏi 15. ◯ Không – sang câu hỏi 13.

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 4 (Tiếp tục với NGƯỜI 4)

13. Tình trạng di trú hiện tại của NGƯỜI 4 là gì? *(Chọn mã tình trạng từ danh sách ở trang 21, hoặc viết tình trạng của NGƯỜI 4 vào bên dưới đây nếu không có mã tình trạng trong danh sách.)*

Mã hoặc tình trạng: _____

a. Loại tài liệu di trú: _____ b. Số căn cước di trú: _____

c. Số thẻ: _____ d. Ngày tài liệu hết hạn (Tháng/Ngày/Năm): _____

e. Ngày nhập cảnh (Tháng/Ngày/Năm): _____

f. NGƯỜI 4 có nhập cảnh Hoa Kỳ trước 22 tháng 8, 1996 không? ◯ Có ◯ Không

g. NGƯỜI 4 có sống ở Hoa Kỳ trên năm năm với tình trạng đủ điều kiện không? *(Xem trang 21 để xác định NGƯỜI 4 có được tình trạng đủ điều kiện không.)* ◯ Có ◯ Không

h. NGƯỜI 4 có người bảo lãnh không? ◯ Có – Tên người bảo lãnh: _____ ◯ Không

i. NGƯỜI 4, hoặc người phối ngẫu hoặc cha mẹ của họ, có phải là một cựu quân nhân hoặc đang tại ngũ không? ◯ Có ◯ Không

j. NGƯỜI 4 có muốn được giúp trả tiền cho trường hợp khẩn cấp y tế không?

◯ Không ◯ Có – ngày bắt đầu và ngày kết thúc của trường hợp khẩn cấp y tế là những ngày nào?

_____ (Ngày/Tháng/Năm) đến _____ (Ngày/Tháng/Năm)

k. NGƯỜI 4 có nhận được dịch vụ từ Trung tâm cho nạn nhân bị tra tấn không? ◯ Có ◯ Không

14. NGƯỜI 4 đã từng có tình trạng di trú khác với tình trạng hiện tại của họ không (ví dụ: người tị nạn bên ngoài hay bên trong Hoa Kỳ)?

◯ Không ◯ Có – Tình trạng di trú trước kia của NGƯỜI 4 là gì? (Chọn mã tình trạng từ danh sách ở page 21, hoặc viết tình trạng di trú trước kia của NGƯỜI 4 vào bên dưới đây nếu không có trong danh sách.)

Mã hoặc tình trạng: _____ Ngày nhập ban đầu: _____ (THÁNG/NGÀY/NĂM)

15. NGƯỜI 4 có muốn MA giúp đỡ trả hóa đơn y tế từ ba tháng qua không?

(Ngày bắt đầu MA có thể là ba tháng kể từ ngày quý vị ghi danh nếu NGƯỜI 4 có hóa đơn y tế từ lúc đó và đáp ứng các đòi hỏi của MA.)

◯ Có – xin trả lời câu hỏi a và b. ◯ Không – sang câu hỏi 16.

a. Bao nhiêu tháng? ◯ Một ◯ Hai ◯ Ba

b. Tất cả những điều quý vị cho chúng tôi biết trên đơn xin có vẫn như vậy trong (những) tháng qua không? (Thí dụ, lợi tức, mang thai và sống ở Minnesota) ◯ Có ◯ Không

16. NGƯỜI 4 có từng được dịch vụ nuôi dưỡng ở Minnesota không? ◯ Có – trả lời câu hỏi a và b ◯ Không

a. Dịch vụ nuôi dưỡng có chấm dứt khi NGƯỜI 4 đủ 18 tuổi trở lên không? ◯ Có ◯ Không

b. NGƯỜI 4 có nhận Medical Assistance hay MinnesotaCare khi bị chấm dứt dịch vụ nuôi dưỡng không? ◯ Có ◯ Không

17. Xin trả lời có hay không cho năm câu hỏi sau đây.

a. NGƯỜI 4 có bị mù không? ◯ Có ◯ Không

b. NGƯỜI 4 có bị tình trạng sức khỏe thể chất, tâm thần, hay cảm xúc làm hạn chế các hoạt động của NGƯỜI 4 (như tắm rửa, mặc đồ, làm công việc lặt vặt hàng ngày, v.v...) không? ◯ Có ◯ Không

c. NGƯỜI 4 có cần giúp để ở nhà hay để trả tiền chăm sóc tại cơ sở dài hạn như nhà điều dưỡng không? ◯ Có ◯ Không

d. NGƯỜI 4 có được Cơ Quan Điều Quản An Sinh Xã Hội (Social Security Administration, hay SSA) hoặc Nhóm Duyệt Xét Y Tế Tiểu Bang (State Medical Review Team, hay SMRT) xác định là bị khuyết tật không? ◯ Có ◯ Không

e. NGƯỜI 4 có trong chương trình điều trị tại gia bệnh tâm thần, nghiện ngập ma túy hoặc rượu không? ◯ Có ◯ Không

18. NGƯỜI 4 hiện có bị ở tù hay giam giữ không?

◯ Không ◯ Có – Nếu ở tù, NGƯỜI 4 có đang chờ án quyết không? ◯ Có ◯ Không

19. Nếu là gốc Tây Ban Nha hoặc La Tinh, dân tộc (TÙY Ý – đánh dấu tất cả nếu áp dụng.)

☐ Người Mễ ☐ Người Mỹ gốc Mễ ☐ Người gốc Chicano hoặc Chicana ☐ Người Puerto Rico ☐ Người Cuba ☐ Khác: _____

20. Chủng tộc (TÙY Ý—đánh dấu tất cả nếu áp dụng.)

☐ Da Trắng ☐ Da đen hay Người Mỹ gốc Phi Châu ☐ Người Mỹ Đa Dỏ hay Người Alaska Bản Xứ

☐ Người Á Châu Da Đỏ ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Phi Luật Tân ☐ Người Nhật Bản ☐ Người Đại Hàn

☐ Người Việt Nam ☐ Người Á Châu Khác ☐ Người Hạ Uy Di Bản Xứ ☐ Người Guamanian hay Chamorro

☐ Người Samoa ☐ Người Quần Đảo Thái Bình Dương ☐ Khác: _____

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 2: NGƯỜI 4 (Tiếp tục với NGƯỜI 4)

Mới thay đổi việc làm

21. TRONG SÁU THÁNG QUA, NGƯỜI 4 CÓ THỰC HIỆN BẤT CỨ ĐIỀU NÀO SAU ĐÂY KHÔNG? (Đánh dấu tất cả các mục thích hợp)

☐ Đổi việc làm ☐ Ngưng làm việc ☐ Bắt đầu làm ít giờ hơn hay bị giảm lương ☐ Không có câu nào trong số này đúng

Công Việc Hiện Tại và Thông Tin về Lợi Tức (Đánh dấu tất cả các ô áp dụng.)

☐ **Đi làm**
Nếu NGƯỜI 4 hiện đang làm việc, cho chúng tôi biết lợi tức của quý vị. Bắt đầu bằng câu hỏi 22.

☐ **Tư doanh**
Sang câu hỏi 26.

☐ **Thuê làm việc theo mùa**
Sang câu hỏi 27.

☐ **Không đi làm**
Sang câu hỏi 28.

Công Việc Hiện Tại 1

22. TÊN VÀ ĐỊA CHỈ HÃNG LÀM: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

23. TIỀN LƯƠNG VÀ TIỀN BOA CÓ ĐÁNH THUẾ: Liệt kê số tiền lương sau các khoản trừ lương và trước khi trừ thuế. Các khoản trừ lương có thể là cho chương trình hưu trí, chương trình bảo hiểm y tế, chương trình giữ trẻ hoặc chương trình đậu xe và chuyên chở. Chọn một và điền số tiền.

◯ Hàng giờ $ _____ mỗi giờ Số giờ mỗi tuần: _____
◯ Hàng tuần $ _____
◯ Mỗi hai tuần $ _____
◯ Hai lần một tháng $ _____
◯ Hàng tháng $ _____
◯ Hàng năm $ _____

Công Việc Hiện Tại 2

(Nếu NGƯỜI 4 có nhiều việc làm và cần thêm khoảng trống, đính kèm thêm tờ giấy khác và bao gồm thông tin đó.)

24. TÊN VÀ ĐỊA CHỈ HÃNG LÀM: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

25. TIỀN LƯƠNG VÀ TIỀN BOA CÓ ĐÁNH THUẾ: List the amount after pretax payroll deductions and before taxes. Pretax payroll deductions may be for a retiree plan, health insurance plan, child care plan or a parking and transportation program. Choose one and fill in the dollar amount.

◯ Hàng giờ $ _____ mỗi giờ Số giờ mỗi tuần: _____
◯ Hàng tuần $ _____
◯ Mỗi hai tuần $ _____
◯ Hai lần một tháng $ _____
◯ Hàng tháng $ _____
◯ Yearly $ _____

26. **TỰ LÀM CHỦ:** LỢI TỨC VÀ TIỀN LỖ TỪ VIỆC LÀM NÔNG, NGƯ NGHIỆP HOẶC KINH DOANH KHÁC. TRẢ LỜI CÁC CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY:

a. Loại công việc _____

b. Có bao nhiêu tiền lợi tức hoặc tiền lỗ NGƯỜI 4 nghĩ sẽ có từ việc tự làm chủ trong 12 tháng tới? Số tiền lợi tức $ _____ hoặc Số tiền lỗ $ _____

27. **LỢI TỨC THEO MÙA: Chỉ điền nếu NGƯỜI 4 làm việc theo mùa.**

TỔNG SỐ LỢI TỨC THEO MÙA CỦA NGƯỜI 4 CHO 12 THÁNG TỚI	TỔNG SỐ THẤT NGHIỆP CỦA NGƯỜI 4 TRONG 12 THÁNG TỚI

TÊN VÀ ĐỊA CHỈ CỦA CHỦ NHÂN: Ghi tên hãng sở như ở trên ngân phiếu lương của quý vị.	SỐ ĐỊNH DANH CỦA HÃNG SỞ (EID)

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

28. **LỢI TỨC KHÁC THÁNG NÀY:** Đánh dấu tất cả nếu áp dụng, và ghi số tiền hay số lần NGƯỜI 4 nhận được.
Lưu ý: NGƯỜI 4 không cần cho chúng tôi biết về cấp dưỡng con cái, tiền trả cựu chiến binh, tiền từ tài khoản Đạt một cuộc sống tốt hơn (Achieving a Better Life Experience - ABLE) hay Supplemental Security Income - SSI (Tiền Phụ Cấp An Sinh).

- ☐ Không
- ☐ Thất nghiệp $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Hưu bổng $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ An sinh xã hội $ _____ hàng tháng
- ☐ Hồi hưu khác $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền cấp dưỡng đã nhận* $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền thuê thực sự hoặc tiền bản quyền $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền lời $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

Tiền không trả thuế là bao nhiêu từ số tiền này? $ _____

- ☐ Lợi tức chịu thuế khác dự kiến trong vòng 12 tháng tới
  Loại: _____ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Lợi tức chịu thuế khác trong tháng này (Lợi tức chịu thuế là lợi tức mà quý vị liệt kê vào đoạn Lợi tức của Mẫu 1040 của Sở Thuế Vụ (IRS - Internal Revenue Service).
  Loại: _____ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

*Đừng liệt kê tiền cấp dưỡng người phối ngẫu nhận được như là tiền lợi tức nếu thỏa thuận ly hôn hay ly thân của quý vị được thực hiện sau 2018.

29. **ĐIỀU CHỈNH LỢI TỨC:** Đánh dấu tất cả các điều áp dụng, và cho biết số tiền và thường xuyên ra sao NGƯỜI 4 trả món đó.
Nếu NGƯỜI 4 trả một số món tiền mà có thể khấu trừ khỏi tiền lợi tức gộp trên bản khai thuế liên bang, cho chúng tôi biết về những món tiền này để có thể được giảm chi phí bảo hiểm y tế. Xem các Điều chỉnh Lợi tức trong Mục lục 1 của Mẫu 1040 của IRS. **Ghi chú**: NGƯỜI 4 không được tính chi phí mà NGƯỜI 4 đã ghi trong phần lợi tức hoặc tiền lỗ từ việc tự làm chủ (câu hỏi 42b).

- ☐ Chi phí của giáo viên $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Một số chi phí kinh doanh của người trừ bị, Nghệ sĩ biểu diễn, và các viên chức chính phủ có căn bản tự do $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Món trừ trương mục tiết kiệm sức khỏe $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Chi phí dọn nhà cho các quân nhân tại ngũ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Phần khấu trừ thuế của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Các chương trình SEP, SIMPLE và các chương trình đủ tiêu chuẩn của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Khấu trử bảo hiểm y tế của việc tự làm chủ $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền phạt vì rút tiền tiết kiệm sớm $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền cấp dưỡng người phối ngẫu đã trả * $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Khấu trừ IRA $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền lời của tiền vay đi học $ _____ Thường xuyên ra sao? _____
- ☐ Tiền học phí và các khoản lệ phí $ _____ Thường xuyên ra sao? _____

*Đừng liệt kê tiền trả cấp dưỡng người phối ngẫu như là điều chỉnh lợi tức nếu thỏa thuận ly hôn hay ly thân của quý vị được thực hiện sau 2018.

30. **LỢI TỨC HÀNG NĂM DỰ TÍNH CHO NĂM 2020:** NGƯỜI 4 có dự tính là lợi tức hàng năm cho 2020 sẽ khác với lợi tức quý vị liệt kê trong các câu hỏi trước đây không?
◯ Có – tổng số lợi tức dự tính cho năm 2020: $ _____ ◯ Không

Xem trang 21 để có thêm thông tin về cách tính lợi tức dự tính hàng năm của NGƯỜI 4.

Tiếp tục đến Bước 3 ➔

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

Bước 3 Bảo hiểm y tế của Gia Đình

Trả lời những câu hỏi này cho người nào cần bảo hiểm y tế.

1. Có người nào hiện được **ghi danh** vào chương trình sức khỏe từ trường hợp sau đây không?
   ◯ Có – đánh dấu loại bảo hiểm và nếu có hơn là một hãng bảo hiểm, xin cung cấp cùng thông tin trên tờ giấy đính kèm.
   ◯ Không

☐ Medical Assistance (MA) ☐ MinnesotaCare ☐ Medicare ☐ COBRA
☐ Bảo hiểm của chủ nhân hoặc nghiệp đoàn ☐ Tư hoặc bảo hiểm khác ☐ Chương trình bảo hiểm y tế VA
☐ Bảo hiểm thuốc theo toa ☐ TRICARE (Đừng đánh dấu nếu quý trị có bảo hiểm trực tiếp hoặc khi làm việc)
☐ Peace Corps ☐ Bảo hiểm chăm sóc dài hạn (LTC) ☐ Răng ☐ Mắt

HỌ TÊN NGƯỜI ĐỨNG TÊN HỢP ĐỒNG	NGÀY SANH CỦA NGƯỜI ĐỨNG TÊN HỢP ĐỒNG	TÊN HÃNG BẢO HIỂM

NGÀY BẮT ĐẦU	NGÀY KẾT THÚC	SỐ HỢP ĐỒNG	SỐ NHÓM

LIỆT KÊ TẤT CẢ MỌI NGƯỜI ĐƯỢC HỢP ĐỒNG NÀY BAO TRẢ			
TÊN	SỐ HỢP ĐỒNG	TÊN	SỐ HỢP ĐỒNG
TÊN	SỐ HỢP ĐỒNG	TÊN	SỐ HỢP ĐỒNG

2. Có ai liệt kê trong đơn này **được cung cấp** bảo hiểm y tế từ một công việc không? Đánh dấu có ngay cả khi bảo hiểm là từ công việc của người khác, chẳng hạn như cha mẹ hoặc người phối ngẫu.
   ◯ Không ◯ Có – Điền Phụ lục A. Bảo hiểm này có phải là một chương trình quyền lợi của nhân viên tiểu bang không? ◯ Có ◯ Không

3. Có ai được chăm sóc y tế vì một tai nạn hoặc thương tích không? ◯ Không ◯ Có – ai? _____

BƯỚC 4 Chi tiết về Gia đình

1. Quý vị hoặc có ai trong gia đình quý vị là người Mỹ da đỏ hay thổ dân Alaska không? ◯ Không ◯ Có – **Điền Phụ lục B.**
2. Có ai tạm thời không ở Minnesota trong hơn 30 ngày không?
   ◯ Không ◯ Có – ai? _____
   Ngày còn lại: _____ (Tháng/Ngày/Năm) Ngày dự định trở lại: _____ (Tháng/Ngày/Năm)
   Lý do tạm thời ở ngoài Minnesota: _____
3. Có ai trong quân đội Hoa Kỳ không? ◯ Không ◯ Có – ai? _____
4. Có ai trở về trong 24 tháng sau khi hoàn tất chuyến công tác quân sự không?
   ◯ Không ◯ Có – ai? _____ Ngày chuyến công tác quân sự cuối cùng chấm dứt: _____ (Tháng/Ngày/Năm)

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 5 Thay đổi trong Gia đình

1. Có ai trong đơn làm đơn xin tiền thất nghiệp không? ◯ Có ◯ Không
2. Số người trong gia đình quý vị có thay đổi trong năm ngoái không, hay quý vị có nghĩ là số người trong gia đình quý vị sẽ thay đổi trong năm nay không (như là có thêm một cháu bé)?
   ◯ Có ◯ Không
3. Lợi tức của bất cứ người khai thuế nào trong đơn này có bị giảm trong năm ngoái không? ◯ Có ◯ Không
4. Tình trạng khai thuế của quý vị có thay đổi không, hoặc quý vị có nghĩ là tình trạng khai thuế của quý vị sẽ thay đổi trong năm tới không?
   ◯ Có ◯ Không

BƯỚC 6 Thân Quyến Khác

Nếu quý vị có những người trong gia đình khác, chưa bao gồm ở Bước 2 trong đơn này và muốn được bảo hiểm theo chương trình sức khỏe gia đình, thì gọi cho Trung Tâm Liên Lạc MNsure theo số 1-855-366-7873.

Thân quyến đủ tiêu chuẩn chưa được nêu trong Bước 2 nhưng có thể đủ tiêu chuẩn cho chương trình sức khỏe gia đình bao gồm:

- Trẻ em không sống chung với quý vị
- Trẻ em không ghi trên bản khai thuế lợi tức liên bang của quý vị
- Người lớn trẻ em từ 19-26 tuổi
- Cháu ngoại/nội sống chung với quý vị liên tục từ lúc sinh ra và người phụ thuộc tài chánh vào quý vị hay người phối ngẫu được bảo hiểm của quý vị
- Trẻ em mà quý vị hay người phối ngẫu của mình làm giám hộ hợp pháp.

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 7 Xin điền thông tin vào trang này và đọc Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư và Thông Báo Quyền Hạn và Trách Nhiệm trước khi ký tên bên dưới.

Kiểm tra đủ điều kiện và Tái tục bảo hiểm

Mỗi năm, MNsure so sánh các dữ liệu để kiểm chứng và tái tục tiêu chuẩn để giúp trả tiền bảo hiểm y tế. MNsure cần có thỏa thuận để dùng thông tin từ tờ khai thuế để tái tục hỗ trợ tài chánh bảo hiểm. Nếu quý vị không có giấy thỏa thuận để sử dụng dữ liệu này thì hỗ trợ tài chánh của quý vị không thể kiểm chứng được trong năm và được tái tục. Quý vị có thể thay đổi thỏa thuận bất cứ lúc nào. Nếu quý vị không đánh dấu vào một ô thì **quý vị đồng ý cho sử dụng thông tin của mình trong 5 năm.**

Tôi đồng ý cho sử dụng thông tin trong tờ khai thuế để tái tục tiêu chuẩn giúp trả tiền bảo hiểm y tế trong:

☐ 5 năm ☐ 4 năm ☐ 3 năm ☐ 2 năm ☐ 1 năm

☐ Không sử dụng thông tin từ tờ khai thuế để tái tục tiêu chuẩn giúp trả tiền bảo hiểm y tế.

Khi ký tên bên dưới đây:

Tôi đã nhận và xem Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư và Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm (Tờ Đính Kèm A). Tôi biết rằng mình phải báo cáo những thay đổi về thông tin nêu trong đơn xin này.

Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp thông tin thay cho người khác trong gia hộ thì tôi phải có thỏa thuận cung cấp và xem thông tin về tất cả những người tôi nêu tên trên đơn vin và đồng ý giữ kín thông tin của họ.

Chiếu theo hình phạt về tội khai gian, tôi tuyên bố đã xem kỹ đơn này, và trong chừng mực hiểu biết tốt nhất của mình, tôi thấy đây là lời khai chân thật và đúng về mọi điểm chánh. Tôi hiểu là người bị kết án khai gian sẽ bị giam giữ trong tù không quá 5 năm, hoặc phải trả món tiền phạt không nhiều hơn $10,000, hoặc cả hai trường hợp. Tôi hiểu rằng có hình phạt khác nếu không nói sự thật.

Thỏa Thuận Thêm về Medical Assistance và MinnesotaCare:

- **Nếu bất cứ người nào trên đơn xin này đủ điều kiện được Medical Assistance hoặc MinnesotaCare,** tôi đồng ý cho tiết lộ hồ sơ y tế trong Đồng Ý Chia Sẻ Tin Y Tế của Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm.
- **Nếu bất cứ người nào trên đơn xin này đủ điều kiện được Medical Assistance,** tôi cho Cơ Quan Medical Assistance quyền theo đuổi và lấy tiền từ bảo hiểm y tế khác, dàn xếp pháp lý hoặc đệ tam nhân khác.
- **Nếu có bất cứ người nào trên đơn xin này đủ điều kiện được Medical Assistance,** tôi đã đọc và hiểu tiểu bang có thể yêu cầu trả lại tiền phí tổn chăm sóc y tế hoặc phí tổn bảo phí trả cho chăm sóc từ tài sản của tôi hoặc tài sản của người phối ngẫu của tôi.
- **Nếu có bất cứ người nào trên đơn xin này đủ điều kiện được Medical Assistance hoặc MinnesotaCare,** tôi đã đọc và hiểu thông tin của tôi và thông tin về tôi đã san sẻ cho đệ tam nhân để kiểm tra phòng ngừa gian lận như nêu trong Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư và Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm.
- **Nếu tôi là phụ huynh đủ điều kiện được Medical Assistance,** tôi biết tôi sẽ được đề nghị hợp tác với cơ quan yêu cầu tiền hỗ trợ y tế từ phụ huynh vắng mặt. Nếu tôi cho rằng hợp tác để yêu cầu tiền hỗ trợ y tế có hại cho tôi hoặc con tôi thì tôi có thể nói cho cơ quan, và tôi không cần hợp tác nữa. Tôi cho cơ quan Medical Assistance quyền hỗ trợ y tế trả cho con tôi.

Có trẻ nào trên đơn xin có cha mẹ sống bên ngoài nhà không? ◯ Có ◯ Không

Xin nhớ trả lại đơn xin này và bất cứ phụ lục nào đã điền đầy đủ thông tin.

Ký tên vào đơn này.

CHỮ KÝ	NGÀY (THÁNG/NGÀY/NĂM)

Tiếp tục đến Bước 8 ➔

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

BƯỚC 8 Nộp đơn xin đã điền và ký tên.

Xin nộp đơn xin đã điền và ký tên bằng cách sử dụng một trong ba phương pháp này:

- Gởi đơn xin qua điện sao để được giải quyết nhanh hơn.
- Gởi đơn xin qua bưu điện dùng bao thư đính kèm.
- Nộp đơn xin trực tiếp.

Gửi qua bưu điện, điện sao (fax), hoặc mang đơn xin của quý vị đến cơ quan quận hoặc Cơ Sở MinnesotaCare. Xem địa chỉ và số điện sao trong Đính Kèm C ở sau đơn xin.

Nếu muốn ghi danh bỏ phiếu tại Minnesota, quý vị có thể điền vào mẫu ghi danh bỏ phiếu tại **sos.state.mn.us.**

SỐ MÃ AN SINH XÃ HỘI

Chọn một lý do không làm đơn xin số An sinh Xã hội (SSN) và đặt chữ quý vị lựa chọn vào câu hỏi thích hợp.

Những lý do không làm đơn xin số SSN:

A. Không đủ tiêu chuẩn được SSN
B. Chỉ được cho lý do không làm việc mà thôi
C. Phản đối vì tín ngưỡng
D. Bé mới đẻ hay mới được nhận làm con nuôi
E. Lý do khác

MÃ TÌNH TRẠNG DI TRÚ

Chọn một tình trạng di trú từ danh sách dưới đây và đặt chữ quý vị lựa chọn vào câu hỏi thích hợp. Các tình trạng di trú có dấu hoa thị (*) là các tinh trạng đủ điều kiện.

A. Người Mỹ Da đỏ đẻ ở Gia Nã Đại (Đạo luật Di trú và Quốc tịch [INA], phần 289)*
B. Con lai Mỹ không quốc tịch*
C. Người tỵ nạn chính trị*
D. Người nhập cảnh với điều kiện*
E. Người nhập cảnh gốc Cuba hoặc Haiti*
F. Trục xuất bị ngăn theo phần 243(h) hay 231(b)(3) của Đạo luật INA*
G. Người tỵ nạn*
H. Người di cư đặc biệt gốc Iraq hoặc Afghani*
I. Nạn nhân của việc buôn người nghiêm trọng (LPR hoặc T Visa)*
J. Việc loại bỏ được ngăn*
K. Người không quốc tịch bị đánh đập*
L. Thường trú nhân hợp pháp (LPR)*
M. Được quản chế ít nhất một năm*
N. Người bất di cư tạm thời
O. Đình hoãn hành động vì là trẻ em khi nhập cư

GIÚP DỰ TÍNH LỢI TỨC HÀNG NĂM

Lợi tức hàng năm dự tính là tổng lợi tức mà một người dự tính sẽ có trong nguyên năm, từ tháng 1 đến tháng 12. Lợi tức hàng năm dự tính của một người bao gồm tất cả các loại lợi tức mà người đó liệt kê trên bản khai thuế 1040 của liên bang, cộng với các quyền lợi An sinh xã hội không bị thuế, lãi suất được miễn thuế và lợi tức nước ngoài. Một số chi phí được trừ vào tổng lợi tức trong năm. (Xem Điều chỉnh Lợi tức, Trang 5, câu hỏi 45 để biết các loại chi phí được trừ.)

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

PHỤ LỤC A Bảo hiểm Y tế từ Công việc

Trả lời những câu hỏi này nếu có người trong gia đình đủ điều kiện được bảo hiểm y tế từ một công việc, nhưng không ghi danh. Đính kèm một bản sao của trang này cho mỗi công việc cung cấp bảo hiểm. **Mang mẫu đơn này đến nơi làm việc của quý vị mà ở đó cung cấp bảo hiểm để giúp quý vị trả lời những câu hỏi này.** Quý vị có thể sử dụng thông tin này để điền đơn của quý vị.

Thông tin của NHÂN VIÊN

1. TÊN NHÂN VIÊN (TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ)	2. SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NHÂN VIÊN

Thông tin của CHỦ NHÂN

3. TÊN CHỦ NHÂN		4. SỐ NHẬN DIỆN CỦA CHỦ NHÂN (EIN)
5. ĐỊA CHỈ CỦA CHỦ NHÂN		6. SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA CHỦ NHÂN
7. THÀNH PHỐ	8. TIỂU BANG	9. BƯU CHÍNH
10. Chúng tôi có thể liên lạc với ai về bảo hiểm y tế của nhân viên ở công việc này?		
11. SỐ ĐIỆN THOẠI (nếu khác với ở trên)	12. ĐỊA CHỈ EMAIL	

13. Quý vị có được cung cấp bảo hiểm qua một công việc cho chương trình bảo hiểm năm hiện tại không, hoặc quý vị sẽ đủ điều kiện bảo hiểm trong ba tháng tới không?
Ghi chú: Trả lời có nếu quý vị có thể ghi danh nhưng không làm vậy, kể cả khi quý vị không muốn có bảo hiểm hoặc nghĩ rằng nó quá đắt.

◯ Có – tiếp tục

13a. Nếu quý vị đang trong thời gian chờ đợi hoặc thử việc, khi nào thì bảo hiểm có thể bắt đầu (Tháng/Ngày/Năm)?
Liệt kê tên của bất cứ ai khác đủ điều kiện bảo hiểm từ công việc này.

◯ Không - ngừng ở đây và đi đến bước 3 trong đơn

Cho chúng tôi biết về bảo hiểm y tế cung cấp bởi chủ nhân này.

14. Chủ nhân này có đưa ra một chương trình bảo hiểm y tế đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu không*? ◯ Có ◯ Không

a. Tên của chương trình chi phí thấp nhất **chỉ dành cho nhân viên** bởi chủ nhân này là gì? _____

b. Nhân viên sẽ trả bao nhiêu tiền bảo hiểm cho chương trình này nếu người đó được giảm giá tối đa cho việc không sử dụng thuốc lá hoặc chương trình cai thuốc lá được cung cấp? $ _____

c. Thường xuyên ra sao? ☐ Hàng tuần ☐ Mỗi hai tuần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng ☐ Hàng quý ☐ Hàng năm

15. Chủ nhân sẽ thay đổi gì cho chương trình năm mới (nếu biết)?

☐ Chủ nhân sẽ không cung cấp bảo hiểm y tế

☐ Chủ nhân sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm y tế cho nhân viên hoặc thay đổi phí bảo hiểm cho chương trình chi phí thấp nhất chỉ dành cho nhân viên đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu. * (Phí bảo hiểm phải phản ánh giảm giá khi không sử dụng thuốc lá và chương trình cai thuốc. Xem câu hỏi 14.)

a. Nhân viên phải trả phí bảo hiểm bao nhiêu cho chương trình này? $ _____

b. Thường xuyên ra sao? ☐ Hàng tuần ☐ Mỗi hai tuần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng ☐ Hàng quý ☐ Hàng năm

Ngày thay đổi (Tháng/Ngày/Năm): _____

* Các chương trình trả ít nhất 60 phần trăm chi phí được phép và chi trả cho hầu hết các dịch vụ nội trú bệnh viện và bác sĩ đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" (xem Phần 36B (c) (2) (C) (ii) của Bộ luật Sở thuế năm 1986).

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

Công cụ bảo hiểm của chủ nhân

Sử dụng công cụ này để giúp trả lời các câu hỏi trong Phụ lục A cho bất cứ chương trình bảo hiểm y tế nào của chủ nhân mà quý vị đủ điều kiện (kể cả trường hợp công việc của người khác, như của cha mẹ hoặc người phối ngẫu). Thông tin trong các ô được đánh số bên dưới ăn khớp với thông tin trong các ô trên Phụ lục A. Thí dụ: câu trả lời cho câu hỏi 14 trên trang này phải ăn khớp với câu trả lời cho câu hỏi 14 trên Phụ lục A. Viết tên và số An sinh xã hội của quý vị vào ô 1 và 2 và yêu cầu chủ nhân điền vào phần còn lại của mẫu đơn. Điền một công cụ cho mỗi chủ nhân cung cấp bảo hiểm y tế.

Thông tin của NHÂN VIÊN

1. TÊN NHÂN VIÊN (TÊN, TÊN ĐỆM, HỌ)	2. SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NHÂN VIÊN

Thông tin của CHỦ NHÂN

3. TÊN CHỦ NHÂN		4. SỐ NHẬN DIỆN CỦA CHỦ NHÂN (EIN)
5. ĐỊA CHỈ CỦA CHỦ NHÂN		6. SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA CHỦ NHÂN
7. THÀNH PHỐ	8. TIỂU BANG	9. BƯU CHÍNH
10. Chúng tôi có thể liên lạc với ai về bảo hiểm y tế của nhân viên ở công việc này?		
11. SỐ ĐIỆN THOẠI (nếu khác với ở trên)	12. ĐỊA CHỈ EMAIL	

13. Quý vị có được cung cấp bảo hiểm qua một công việc cho chương trình bảo hiểm năm hiện tại không, hoặc quý vị sẽ đủ điều kiện bảo hiểm trong ba tháng tới không?
Ghi chú: Trả lời có nếu quý vị có thể ghi danh nhưng không làm vậy, hoặc sẻ đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm trong ba tháng tới.

◯ Có – tiếp tục

13a. Nếu nhân viên không đủ tiêu chuẩn bây giờ, kể cả việc đang trong thời gian chờ đợi hoặc thử việc, khi nào thì nhân viên đủ tiêu chuẩn được bảo hiểm? _____ (Tháng/Ngày/Năm)

◯ Không – NGỪNG và trả đơn lại cho nhân viên

Cho chúng tôi biết về bảo hiểm y tế cung cấp bởi chủ nhân này.

Chủ nhân có cung cấp một chương trình bảo hiểm y tế bao gồm người phối ngẫu hoặc người phụ thuộc của nhân viên không?

◯ Có – cho người nào? ☐ Người phối ngẫu ☐ (Các) người phụ thuộc ◯ Không – đi đến câu hỏi 14

14. Chủ nhân này có đưa ra một chương trình bảo hiểm y tế đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu không*?

◯ Có – tiếp tục ◯ Không – NGỪNG và trả đơn lại cho nhân viên

a. Tên của chương trình chi phí thấp nhất chỉ dành cho nhân viên bởi chủ nhân này là gì? _____

b. Nhân viên sẽ trả bao nhiêu tiền bảo hiểm cho chương trình này nếu người đó được giảm giá tối đa cho việc không sử dụng thuốc lá hoặc chương trình cai thuốc lá được cung cấp? $ _____

c. Thường xuyên ra sao? ☐ Hàng tuần ☐ Mỗi hai tuần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng ☐ Hàng quý ☐ Hàng năm

Nếu chương trình trong năm sắp chấm dứt và quý vị biết là chương trình bào hiểm sức khỏe cung cấp sẽ thay đổi, đi đến câu hỏi số 15. Nếu quý vị không biết, NGỪNG và trả đơn lại cho nhân viên.

15. Chủ nhân sẽ thay đổi gì cho chương trình năm mới?

☐ Chủ nhân sẽ không cung cấp bảo hiểm y tế

☐ Chủ nhân sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm y tế cho nhân viên hoặc thay đổi phí bảo hiểm cho chương trình chi phí thấp nhất chỉ dành cho nhân viên đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu.* (Phí bảo hiểm phải phản ánh giảm giá khi không sử dụng thuốc lá và chương trình cai thuốc. Xem câu hỏi 14.)

a. Nhân viên phải trả phí bảo hiểm bao nhiêu cho chương trình này? $ _____

b. Thường xuyên ra sao? ☐ Hàng tuần ☐ Mỗi hai tuần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng ☐ Hàng quý ☐ Hàng năm

Ngày thay đổi (Tháng/Ngày/Năm): _____

* Các chương trình trả ít nhất 60 phần trăm chi phí được phép và chi trả cho hầu hết các dịch vụ nội trú bệnh viện và bác sĩ đáp ứng "tiêu chuẩn giá trị tối thiểu" (xem Phần 36B (c) (2) (C) (ii) của Bộ luật Sở thuế năm 1986).

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

PHỤ LỤC B Thân quyến người Mỹ Da Đỏ hay Alaska Bản Xứ (American Indian - AI) hay (Alaska Native - AN)

Hoàn tất phụ lục này nếu quý vị hay thân quyến của mình là người Mỹ Da Đỏ hay Alaska Bản Xứ (AI hoặc AN). Nộp phụ lục này với Đơn Xin Bảo hiểm y tế và Giúp Đỡ để Trả Chi Phí.

Cho chúng tôi biết về (các) thân quyến là người Mỹ Da Đỏ hay Alaska Bản Xứ của quý vị.

Người Mỹ Da Đỏ hay Alaska Bản Xứ có một số quyền lợi bảo hiểm và bảo vệ y tế. Quý vị có thể được dịch vụ từ Dịch Vụ Sức Khỏe Người Da Đỏ (Indian Health Services), chương trình sức khỏe bộ lạc, hay chương trình sức khỏe Da Đỏ đô thị. Quý vị có thể không cần trả chia sẻ chi phí và được thời kỳ ghi danh hàng tháng đặc biệt. Trả lời câu hỏi sau đây để chắc chắn là gia đình của quý vị được giúp đỡ hết mức.

LƯU Ý: Nếu có nhiều người hơn thì sao chép một bản của trang này và đính kèm.

	AI hoặc AN NGƯỜI 1	AI hoặc AN NGƯỜI 2
1. Tên (Tên, Tên Lót, Họ)	TÊN / TÊN LÓT HỌ	TÊN / TÊN LÓT HỌ
2. Là hội viên của bộ lạc được liên bang công nhận?	◯ Có TÊN BỘ LẠC SỐ ID BỘ LẠC ◯ Không	◯ Có TÊN BỘ LẠC SỐ ID BỘ LẠC ◯ Không
3. Người này có đang nhận, hoặc đã từng nhận, dịch vụ của Chương trình dịch vụ y tế Người Mỹ bản xứ, một chương trình y tế của bộ tộc, và chương trình y tế cho Người Mỹ bản xứ trong khu vực đô thị hoặc qua giới thiệu tới một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có hợp đồng với một trong những chương trình này không? Ghi chú: Người Da đỏ và Alaska Bản xứ nhận dịch vụ từ các loại nhà cung cấp này, không phải chia sẻ chi phí đối với Trợ giúp Y tế.	◯ Có ◯ Không	◯ Có ◯ Không
4. Một số tiền nhận được có thể không tính cho Medical Assistance (MA) hay MinnesotaCare. Nêu bất cứ lợi tức nào (số tiền và thường xuyên ra sao) báo cáo trên đơn của quý vị bao gồm tiền từ những nguồn này: • Tiền trả theo đầu người từ bộ lạc có từ tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, cho thuê, hay tiền bản quyền • Tiền trả từ tài nguyên thiên nhiên, trang trại, nuôi gia sức, đánh bắt cá, cho thuê, hay tiền bản quyền từ vùng đất được Bộ Nội Vụ (Department of Interior) chỉ định là vùng đất Da Đỏ (bao gồm lãnh thổ da đỏ và lãnh thổ trước đây) • Tiền do bán những thứ có ý nghĩa văn hóa.	$ _____ Thường xuyên ra sao? _____	$ _____ Thường xuyên ra sao? _____
5. Người này có sống trên lãnh thổ da đỏ không?	◯ Có ◯ Không	◯ Có ◯ Không

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

PHỤ LỤC C Trợ Giúp Điền Đơn này

Quý vị có thể chọn đại diện được ủy quyền.

Quý vị có thể cho phép một người tin cậy trả lời về đơn xin này với chúng tôi, xem thông tin của quý vị, và hành động thay mặt quý vị về những vấn đề liên quan đến đơn xin này, bao gồm thay mặt quý vị lấy thông tin về đơn xin và ký tên vào đơn xin này. Người này được gọi là "đại diện được ủy quyền." Nếu quý vị cần đổi đại diện được ủy quyền, gọi cho Trung Tâm Liên Lạc MNsure theo số 1-855-366-7873.

Đại diện được chỉ định hợp pháp cho người trên đơn xin này phải nộp chứng cớ cùng với đơn xin.

1. TÊN CỦA ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN (Tên, Tên lót, Họ)		MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ, NẾU CÓ	
2. ĐỊA CHỈ		3. SỐ CĂN HỘ HAY PHÒNG	
4. THÀNH PHỐ		5. TIỂU BANG	6. BƯU CHÁNH
7. SỐ ĐIỆN THOẠI	8. TÊN TỔ CHỨC	9. MÃ SỐ (nếu có)	
Khi ký tên vào là quý vị cho phép người này ký tên vào đơn xin, lấy thông tin chính thức về đơn này, và hành động thay mặt quý vị về tất cả những vấn đề trong tương lai với cơ quan này.			
10. CHỮ KÝ			11. NGÀY (THÁNG/NGÀY/NĂM)
Chữ Ký của Đại Diện Được Ủy Quyền Khi ký tên là tôi đồng ý làm đại diện được ủy quyền cho gia đình này. Tôi hiểu rằng trách nhiệm của tôi bao gồm giữ kín thông tin về người nộp đơn này. ☐ Tôi muốn lấy thông tin qua điện thư tại: _____			
CHỮ KÝ CỦA ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN			NGÀY (THÁNG/NGÀY/NĂM)

Chỉ dành cho cố vấn có chứng nhận, người hướng dẫn, người trợ giúp trực tiếp, đại lý, và môi giới làm đơn xin.

Hoàn tất đoạn này nếu quý vị là cố vấn có chứng nhận, người hướng dẫn, người trợ giúp trực tiếp, đại lý, hay môi giới về đơn xin điền vào đơn này cho người khác.

1. NGÀY BẮT ĐẦU ĐƠN XIN (THÁNG/NGÀY/NĂM)	2. TÊN ĐƯƠNG ĐƠN (Tên, Tên Lót, Họ, Vần Đuôi)
3. TÊN NGƯỜI TRỢ GIÚP (Tên, Tên Lót, Họ)	4. SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI TRỢ GIÚP
5. TÊN TỔ CHỨC	6. MÃ SỐ (ID) CỦA NGƯỜI TRỢ GIÚP

QUÝ VỊ CÓ CẦN NGƯỜI GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN XIN KHÔNG? Viếng thăm **www.mnsure.org** hoặc gọi cho chúng tôi theo số **651-539-2099** (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities). Nếu quý vị muốn được giúp bằng một ngôn ngữ ngoài tiếng Anh, cho chúng tôi biết ngôn ngữ quý vị cần. Chúng tôi sẽ giúp đỡ quý vị miễn phí.

Tờ Đính Kèm A

Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư và Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm

Ngày Có Hiệu Lực: Tháng Mười Một 2019

Thông báo này cho quý vị biết các thông lệ về sự riêng tư của Bộ Dịch vụ Nhân sự và MNsure của Minnesota, cũng như các quyền và trách nhiệm của quý vị khi làm đơn và ghi danh bảo hiểm y tế qua các cơ quan này. Khi quý vị nộp đơn xin trợ giúp trả tiền bảo hiểm, quý vị có thể đủ điều kiện cho một chương trình công cộng như Medical Assistance và MinnesotaCare hoặc một chương trình y tế đủ tiêu chuẩn trên thị trường cá nhân mà quý vị có thể được tín dụng thuế và giảm chia sẻ chi phí. Khi quý vị nộp đơn, quý vị có thể không biết chương trình nào quý vị đủ điều kiện và trong một số trường hợp, một hộ gia đình có thể được bảo hiểm bởi các chương trình khác nhau. Do đó, xin xem lại các thông lệ về sự riêng tư và quyền và trách nhiệm đối với mỗi chương trình mà quý vị hoặc thành viên gia đình của quý vị có thể đủ điều kiện.

MNsure quản lý sự đủ điều kiện và ghi danh vào các chương trình bảo hiểm y tế đủ tiêu chuẩn của thị trường cá nhân (có hoặc không có tín dụng thuế cho phí bảo hiểm cao cấp), với sự phối hợp qua nhà cung cấp bảo hiểm y tế mà quý vị chọn.

Sở dịch vụ nhân sự Minnesota và các cơ quan quận và bộ lạc của Minnesota quản lý sự đủ điều kiện và ghi danh vào Medical Assistance và MinnesotaCare.

Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư

Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư cho Mọi Chương trình

Phần thông báo này mô tả cách thông tin cá nhân hoặc thông tin bí mật về quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ. Xin duyệt xét phần này một cách kỹ lưỡng.

Tại sao chúng tôi hỏi thông tin này?

- Để phân biệt quý vị với những người khác có họ tên giống hoặc tương tợ
- Để xét xem quý vị hội đủ điều kiện hưởng điều gì
- Để giúp quý vị nhận dịch vụ y tế và sức khỏe tâm thần và quyết định xem quý vị có thể chi trả một số dịch vụ hay không
- Để xét xem quý vị hoặc gia đình quý vị có cần Dịch vụ bảo vệ hay không (chỉ đối với Medical Assistance và MinnesotaCare mà thôi
- Để quyết định về sự chăm sóc ngoại gia và chăm sóc tại gia cho quý vị hoặc các con của quý vị (chỉ đối với Medical Assistance và MinnesotaCare mà thôi)
- Để viết báo cáo, thực hiện nghiên cứu, tiến hành kiểm tra, và đánh giá các chương trình của chúng tôi
- Để điều tra lời trình báo về những người có thể nói dối về trợ giúp mà họ cần hoặc được trợ giúp mà họ không đủ điều kiện hưởng
- Để thu tiền từ các cơ quan khác - thí dụ như hãng bảo hiểm - nếu họ phải chi trả khoản chăm sóc cho quý vị
- Để nhận tiền từ chánh phủ liên bang hoặc tiểu bang cho khoản trợ giúp chúng tôi trao cho quý vị.

Tại sao chúng tôi yêu cầu quý vị cho biết số Social Security (An Sinh Xã Hội)?

Chúng tôi cần số An sinh Xã hội (SSN) cho mỗi người làm đơn bảo hiểm y tế, nếu họ có. (Xem 42 CFR § 435.910; 45 CFR § 155.310.)

Quý vị không phải cung cấp cho chúng tôi số SSN cho những người trong nhà quý vị không ghi danh bảo hiểm, nhưng việc cung cấp số SSN có thể giúp thực hiện nhanh chóng thủ tục ghi danh.

Chúng tôi sử dụng số SSN để kiểm chứng danh tính và ngăn ngừa trùng lặp quyền lợi của tiểu bang và liên bang. Ngoài ra, số SSN được sử dụng để tiến hành đối sánh dữ liệu máy tính với các cơ quan liên bang và địa phương để kiểm chứng lợi tức, tài sản và thông tin khác có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện hoặc quyền lợi của quý vị. Chúng tôi sẽ giữ tất cả thông tin quý vị cung cấp riêng tư và an toàn, theo đòi hỏi của pháp luật. Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng thông tin cá nhân để kiểm tra xem quý vị có đủ điều kiện được bảo hiểm y tế hay không.

Nếu một người làm đơn mà không có số SSN, người đó có thể phải làm đơn xin một số SSN để được Medical Assistance. Có những trường hợp ngoại lệ về điều này cho những người:

- không đủ điều kiện để có số An sinh Xã hội,
- chỉ có thể được số An sinh Xã hội vì lý do hợp lệ không làm việc hoặc
- từ chối làm đơn xin số An sinh Xã hội do sự phản đối tôn giáo có từ lâu.

Nếu quý vị muốn được giúp để xin số SSN, xin truy cập socialsecurity.gov hoặc gọi 800-772-1213. Người dùng TTY nên gọi 800-325-0778.

Tại sao chúng tôi yêu cầu thông tin về lợi tức của quý vị?

Chúng tôi hỏi thông tin về lợi tức và kiểm chứng các nguồn tiểu bang và liên bang để xác định lợi tức và số người trong gia đình của quý vị. Chúng tôi sử dụng thông tin này chỉ cho các mục đích được luật pháp cho phép, như kiểm chứng tiêu chuẩn ghi danh hay ấn định sự đủ tiêu chuẩn đối với khấu trừ thuế trên bảo phívà giảm chia sẻ chi phí và số tiền khấu trừ hay giảm giá. Chúng tôi sẽ không chia sẻ thông tin này với bất cứ người hay đơn vị nào khác.

Có bị bắt buộc phải trả lời những câu hỏi chúng tôi nêu ra không?

Quý vị không bị bắt buộc phải cho biết thông tin cá nhân. Nếu không có thông tin thì chúng tôi không thể trợ giúp quý vị. Nếu quý vị cố ý cho biết thông tin sai trái thì sẽ bị điều tra và kết tội gian dối.

Có thể san sẻ thông tin với nơi nào?

Chúng tôi chỉ san sẻ thông tin về quý vị khi cần thiết, và khi luật pháp đòi hỏi hay cho phép. Đối với tất cả các chương trình, chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan hoặc những người cần thông tin đó để làm công việc của họ:

- Nhân viên hay thiện nguyện viên của tiểu bang, quận, địa phương, liên bang, và cơ quan hợp tác tư và bất vụ lợi khác
- Các nhà nghiên cứu, kiểm tra, điều tra, và nhiều người khác giữ nhiệm vụ nghiên cứu và duyệt xét phẩm chất chăm sóc hoặc tiến hành công việc truy tố hay hành động pháp lý liên quan đến vấn đề điều quản chương trình dịch vụ nhân sự
- Các viên chức tòa án, luật sư quận, công tố viên, các nhân viên công lực khác, điều tra viên gian lận và điều tra viên phòng chống gian lận
- Hãng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, cơ quan chăm sóc sức khỏe, tổ chức điều quản chăm sóc, và các nơi khác trả tiền chăm sóc quý vị
- Giám hộ, người quản thủ, hoặc người có giấy ủy quyền là người đại diện được phép
- Cố vấn có chứng nhận, người trợ giúp trực tiếp, và người hướng dẫn đơn xin và bất kỳ người nào khác mà luật pháp bảo rằng chúng tôi phải hoặc có thể cung cấp thông tin.

Ngoài ra, chỉ đối với Medical Asistance và MinnesotaCare, chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan sau đây hoặc những người cần thông tin để thực hiện công việc của họ:

- Văn phòng dịch vụ nhân sự, kể cả văn phòng thực thi vấn đề cấp dưỡng trẻ em
- Các điều tra viên bảo vệ trẻ em
- Cơ quan chánh quyền - tại các tiểu bang khác - đang điều hành chương trình quyền lợi công cộng
- Người chăm sóc sức khỏe, kể cả cơ quan sức khỏe tâm thần và cơ sở cai nghiện ma túy và rượu
- Bác sĩ giảo nghiệm và điều tra viên y tế, nếu quý vị qua đời và họ đang điều tra cái chết của quý vị
- Tổ chức tín dụng, chủ nợ hoặc cơ quan truy thu, nếu quý vị không chi trả số tiền dịch vụ vẫn còn nợ chúng tôi trong vài trường hợp giới hạn

Các trách nhiệm của chúng tôi là gì?

- Chúng tôi phải bảo vệ quyền riêng tư cho thông tin cá nhân, chăm sóc sức khỏe và thông tin riêng tư khác chiếu theo các điều khoản của thông báo này.
- Chúng tôi không được dùng thông tin của quý vị cho các lý do nào khác ngoài các lý do nêu trên mẫu này hoặc chia sẻ thông tin của quý vị với các cá nhân và cơ quan ngoài những điều nêu trên mẫu này trừ khi quý vị cho chúng tôi biết trên văn bản là chúng tôi có thể làm như vậy.
- Chúng tôi sẽ không bán bất cứ dữ liệu nào đã thu thập, tạo ra hoặc duy trì như một phần của đơn xin này.
- Chúng tôi phải tuân theo các điều khoản của thông báo này và cho quý vị một bản sao của thông báo, nhưng chúng tôi có thể thay đổi các phương thức bảo vệ thông tin riêng tư của chúng tôi. Các thay đổi này sẽ áp dụng cho tất cả các thông tin chúng tôi có về quý vị. Thông báo mới sẽ có sẵn khi có yêu cầu, và chúng tôi sẽ đặt các thay đổi của thông báo này vào địa chỉ web của chúng tôi tại https://edocs.dhs.state. mn.us/lfserver/Public/DHS-4839K-ENG và www.mnsure.org
- Luật pháp đòi hỏi chúng tôi giữ kín và an toàn thông tin cá nhân của quý vị.
- Theo luật pháp đòi hỏi, nếu có điều gì xảy ra làm cho thông tin cá nhân của quý vị không còn là cá nhân và an toàn nữa, chúng tôi sẽ cho quý vị biết.

Phần thông báo này mô tả cách thông tin y tế hoặc thông tin khác về quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ và cách quý vị có thể truy cập thông tin này. Xin duyệt xét phần này một cách kỹ lưỡng.

Quý vị có những quyền gì đối với thông tin chúng tôi có về quý vị?

- Quý vị và những người mà quý vị đã cho phép có thể xem và sao chép thông tin cá nhân chúng tôi có về quý vị, chẳng hạn như hồ sơ về sức khoẻ và hồ sơ khiếu nại. Quý vị có thể phải trả tiền cho các bản sao.
- Quý vị có thể chọn người thay mặt quý vị với một giấy ủy quyền y tế hoặc là người giám hộ pháp lý. Người đó có thể thi hành các quyền hạn của quý vị và quyết định về các thông tin của quý vị.

Yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa hồ sơ sức khoẻ hoặc hồ sơ khác về quý vị

Quý vị có thể thắc mắc là thông tin chúng tôi có về quý vị là chính xác hay không. Xin gửi những quan tâm của quý vị bằng văn bản. Cho chúng tôi biết lý do tại sao thông tin sai hoặc không đầy đủ. Xin gửi lời giải thích của chính quý vị về thông tin mà quý vị không đồng ý. Chúng tôi sẽ đính kèm lời giải thích của quý vị bất cứ lúc nào thông tin được chia sẻ.

Yêu cầu truyền thông kín mật

- Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi bằng văn bản chia sẻ thông tin y tế với quý vị theo một cách nào đó hoặc ở một nơi nhất định.
- Chúng tôi sẽ duyệt xét tất cả các yêu cầu hợp lý. Chúng tôi phải đồng ý nếu quý vị nói với chúng tôi rằng quý vị sẽ gặp nguy hiểm nếu chúng tôi không làm như vậy. Thí dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi gửi thông tin y tế tới địa chỉ làm việc của quý vị thay vì địa chỉ nhà của quý vị. Nếu chúng tôi nhận thấy rằng yêu cầu của quý vị là hợp lý, chúng tôi sẽ tuân theo.

Yêu cầu chúng tôi giới hạn những gì chúng tôi sử dụng hoặc chia sẻ

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khoẻ để điều trị, trả tiền hoặc các hoạt động của chúng tôi. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị, và chúng tôi có thể từ chối nếu nó ảnh hưởng đến việc chăm sóc của quý vị.

Lấy danh sách những người mà chúng tôi đã chia sẻ thông tin

- Danh sách này sẽ không bao gồm các tiết lộ để điều trị, trả tiền và chăm sóc sức khoẻ. Nó cũng sẽ không bao gồm một số tiết lộ khác, chẳng hạn như các tiết lộ quý vị yêu cầu chúng tôi làm.
- Chúng tôi sẽ cung cấp một danh sách một năm miễn phí nhưng sẽ tính lệ phí hợp lý, dựa trên tổn phí nếu quý vị yêu cầu một danh sách khác trong vòng 12 tháng.

Lấy một bản sao của thông báo bảo mật này

- Quý vị có thể yêu cầu một bản sao giấy của thông báo này bất cứ lúc nào, ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận thông báo bằng điện tử. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao bằng giấy một cách nhanh chóng.
- Nếu quý vị không hiểu thông tin, yêu cầu nhân viên phụ trách giải thích cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu Sở dịch vụ nhân sự Minnesota hoặc MNsure cho một bản sao khác của thông báo này.

Thông tin di truyền

MNsure không thu thập, duy trì hoặc sử dụng thông tin di truyền.

Duy trì hồ sơ

Thông tin được cung cấp trong đơn ghi danh bảo hiểm qua MNsure phải tuân theo Đạo luật False Claims Act (Đạo luật Khai gian) và sẽ được lưu giữ tối đa 10 năm. MNsure tuân theo lịch trình lưu giữ hồ sơ và duy trì dữ liệu theo luật của tiểu bang và liên bang. Sau khoảng thời gian thích hợp, MNsure hủy bỏ các hồ sơ giấy và xóa bỏ vĩnh viễn dữ liệu điện tử để ngăn việc phục hồi.

Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư cho Medical Assistance và MinnesotaCare Mà Thôi

Phần thông báo này mô tả cách thông tin y tế về quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ và cách quý vị có thể truy cập thông tin này.

Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin chăm sóc sức khoẻ của quý vị để

- **Giúp quản lý điều trị chăm sóc sức khoẻ mà quý vị nhận được**
  - Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế của quý vị và chia sẻ nó với các chuyên gia đang điều trị cho quý vị.
    Thí dụ: Một bác sĩ gửi cho chúng tôi thông tin về chương trình chẩn đoán và điều trị của quý vị để chúng tôi có thể sắp xếp các dịch vụ bổ sung.
  - Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị với người giám hộ, người bảo quản hoặc những người có giấy uỷ quyền mà là người đại diện có phép.
- **Điều hành tổ chức của chúng tôi**
  - Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin của quý vị để điều hành tổ chức của chúng tôi và liên lạc với quý vị khi cần thiết. Điều này bao gồm việc chia sẻ thông tin của quý vị với nhân viên hoặc tình nguyện viên với các cơ quan của tiểu bang, quân, địa phương, liên bang, và đối tác bất vụ lợi và các cơ quan tư, kể cả các văn phòng cấp dưỡng trẻ em.
  - Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin của quý vị với những người và các nhóm này:
    - Kiểm toán viên, điều tra viên, và những người khác thực thi việc giám định và nghiên cứu về chất lượng chăm sóc
    - Các cơ quan tín dụng, chủ nợ hoặc cơ quan thu nợ nếu quý vị không trả lệ phí mà quý vị phải trả chúng tôi cho những dịch vụ, trong những trường hợp giới hạn
    - Người cố vấn, người trợ giúp và người hướng dẫn có chứng thực, và bất cứ người nào khác mà luật pháp nói chúng tôi phải hoặc có thể cung cấp thông tin
  - Chúng tôi không được phép sử dụng thông tin di truyền để quyết định là chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị mức độ bảo hiểm và giá bảo hiểm đó hay không. Điều này không áp dụng cho kế hoạch chăm sóc dài hạn.
    Thí dụ: Chúng tôi sử dụng thông tin y tế về quý vị để hoạch định các dịch vụ tốt hơn cho quý vị.
- **Trả tiền cho dịch vụ y tế của quý vị**
  - Chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin y tế của quý vị khi chúng tôi trả tiền cho các dịch vụ y tế của quý vị.
    Thí dụ: Chúng tôi chia sẻ thông tin về quý vị với chương trình nha khoa của quý vị để phối hợp việc trả tiền cho dịch vụ nha khoa cho quý vị.
- **Giúp đỡ về các vấn đề sức khoẻ và an toàn cộng đồng**
  - Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế về quý vị cho các mục đích như sau:
    - Phòng bệnh
    - Giúp trong việc thu hồi sản phẩm
    - Báo cáo các phản ứng phụ đối với thuốc men

- Báo cáo nghi ngờ lạm dụng, bỏ bê, hoặc bạo lực gia đình
- Ngăn ngừa hoặc giảm bớt một mối đe dọa nghiêm trọng đến sức khoẻ hoặc sự an toàn của bất cứ ai

- **Nghiên cứu**
  - Chúng tôi có thể sử dụng hoặc chia sẻ thông tin của quý vị để nghiên cứu y tế.
- **Tuân thủ luật pháp**
  - Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin về quý vị nếu luật tiểu bang hoặc liên bang đòi hỏi. Điều này bao gồm việc chia sẻ thông tin với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân (Department of Health and Human Services) sự nếu họ muốn thấy là chúng tôi tuân thủ luật bảo mật của liên bang.
- **Đáp ứng yêu cầu hiến tặng bộ phận và mô và làm việc với một giảo nghiệm viên hoặc giám đốc nhà quàn**
  - Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế về quý vị với các tổ chức mua bộ phận cơ thể.
  - Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế với một nhân viên điều tra, giảo nghiệm viên hoặc giám đốc nhà quan khi một người qua đời.
- **Đáp ứng yêu cầu của cơ quan bồi thường lao động, cơ quan công lực và các cơ quan chính phủ khác**
  - Yêu cầu bồi thường cho người lao động
  - Với mục đích thực thi pháp luật hoặc với một viên chức công lực
  - Với các cơ quan giám sát sức khoẻ cho các hoạt động được luật pháp cho phép
  - Với các cơ quan chính phủ ở các tiểu bang khác điều hành các chương trình trợ cấp xã hội
  - Đối với các chức năng đặc biệt của chính phủ, như quân sự, an ninh quốc gia, và các dịch vụ bảo vệ tổng thống
- **Trả lời các vụ kiện và hành động tố tụng**
  - Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin y tế về quý vị để đáp lại lệnh tòa. Chúng tôi có thể chia sẻ thông tin với các quan chức tòa án, biện lý quận, tổng chưởng lý, các quan chức công lực khác, các nhân viên cấp dưỡng trẻ em, các nhà điều tra chống gian lận và bảo vệ trẻ em và các nhà điều tra phòng ngừa gian lận.

Sự lựa chọn của quý vị là gì?

Đối với một số thông tin y tế, quý vị có thể cho chúng tôi biết sự lựa chọn của quý vị về những gì chúng tôi chia sẻ.

Quý vị có cả quyền và sự lựa chọn để cho chúng tôi biết:

- Chia sẻ thông tin y tế với gia đình, quý vị bè thân thiết của quý vị, hoặc những người khác liên quan đến việc trả tiền cho sự chăm sóc của quý vị
- Chia sẻ thông tin trong trường hợp cứu trợ tai họa

Cho chúng tôi biết quý vị muốn chúng tôi làm gì và chúng tôi sẽ làm theo chỉ thị của quý vị. Nếu quý vị không cho chúng tôi biết được sở thích của quý vị, chẳng hạn nếu quý vị bị bất tỉnh, chúng tôi có thể cứ chia sẻ thông tin của quý vị nếu chúng tôi tin rằng đó là điều tốt nhất cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị khi cần thiết để làm giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra cho sức khoẻ hay sự an toàn.

Trẻ em có những quyền riêng tư cá nhân nào?

Nếu quý vị dưới 18 tuổi, khi không cần thỏa thuận cha mẹ để chữa trị y tế, thì thông tin chỉ được cung cấp cho cha mẹ chỉ khi nhóm chăm sóc y tế thấy có thể tổn hại sức khỏe của quý vị nếu không chia sẻ thông tin. Phụ huynh có thể xem thông tin khác về các em và cho nhiều người khác xem thông tin này, trừ khi các em yêu cầu không san sẻ thông tin này với cha mẹ mình. Các em phải yêu cầu điều này bằng văn bản, trong đó nói rõ mình không muốn san sẻ thông tin nào, và tại sao. Nếu cơ quan đồng ý rằng san sẻ thông tin chẳng phải là điều tốt nhất cho các em, thì sẽ không san sẻ thông tin đó với phụ huynh. Nếu cơ quan không đồng ý, thì thông tin vẫn được san sẻ với các bậc cha mẹ, nếu họ hỏi xin.

Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của mình bị vi phạm thì quý vị có thể làm gì?

Quý vị có thể khiếu nại nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của mình bị vi phạm. Quý vị không thể bị từ chối dịch vụ hoặc đối xử tệ vì quý vị khiếu nại. Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư y tế của quý vị đã bị vi phạm bởi bác sĩ hoặc phòng khám, công ty bảo hiểm y tế, chương trình y tế hoặc nhà thuốc, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại đến cơ quan quận, tổ chức hoặc văn phòng dân quyền liên bang tại:

(Bộ Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ)
(Văn Phòng Dân Quyền, Vùng V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (Âm thoại)
800-368-1019 (Số miễn phí)
800-537-7697 (Điện văn)
312-886-1807 (Điện sao)

Nếu quý vị tin rằng Sở Dịch vụ Nhân sự Minnesota vi phạm quyền riêng tư của quý vị, quý vị cũng có thể liên lạc:

(Sở Dịch Vụ Nhân Sự Minnesota)
(Chú Ý: Khiếu Nại Dữ Liệu)
Minnesota Department of Human Services
Attn: Data Complaint
PO Box 64998
St. Paul, MN 55164-0998

Nếu quý vị tin rằng MNsure vi phạm quyền riêng tư của quý vị, quý vị cũng có thể liên lạc:

MNsure Privacy Manager
355 Randolph Ave., Suite 100
St. Paul, MN 55102

Quý vị liên hệ với ai nếu quý vị cần thêm thông tin về thông lệ quyền riêng tư?

Nếu quý vị cần thêm thông tin về thông lệ quyền riêng tư, xin gọi cho Health Care Consumer Support (Cơ quan Hỗ trợ Người tiêu dùng Health Care) ở số 1-800-657-3739 hoặc 651-431-2670.

Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm

Quyền Hạn và Trách Nhiệm đối với Tất Cả các Chương Trình

Thay đổi

Nếu có Medical Assistance (MA), quý vị phải báo cáo thay đổi trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thay đổi. Gọi đến cơ quan tại quận để báo cáo thay đổi. Nếu quý vị có MinnesotaCare thì phải báo cáo thay đổi trong vòng 30 ngày kể từ ngày có thay đổi. Nếu mọi người trong nhà quý vị đều được MinnesotaCare thì gọi Hoạt Động MinnesotaCare theo số 1-800-657-3672 hoặc 651-297-3862 để báo cáo thay đổi. Nếu có người trong nhà quý vị được MA thì gọi đến cơ quan của quận để báo cáo thay đổi.

Nếu quý vị ghi danh vào chương trình sức khỏe đủ điều kiện (qualified health plan, hay QHP), có tín chỉ thuế cho bảo phí trả thêm (advanced premium tax credits, hay APTC) áp dụng cho bảo hiểm của quý vị hoặc được giảm phần phí tổn (costsharing reductions, hay CSR), thì quý vị phải báo cáo thay đổi trong vòng 30 ngày kể từ ngày có thay đổi. Gọi MNsure theo số 1-855-366-7873 để báo cáo bất cứ thay đổi nào.

Nếu quý vị không báo cáo thay đổi thì có thể phải trả lại tiền cho chánh quyền tiểu bang hoặc liên bang về những lợi ích quý vị đã nhận nhưng không đủ điều kiện. Nếu quý vị không chắc có cần báo cáo thay đổi thì gọi đến và giải thích những gì xảy ra. Thí dụ về các thay đổi quý vị cần báo cáo bao gồm:

Thay đổi lợi tức khi quý vị

- Bắt đầu công việc mới, thay đổi công việc hoặc ngưng công việc
- Bắt đầu nhận lợi tức mới hoặc ngừng nhận lợi tức như An sinh xã hội (hoặc thất nghiệp)
- Có những thay đổi về mức lợi tức quý vị nhận được từ việc kinh doanh, làm nghề nông hoặc các loại hình thức tự làm chủ khác

Thay đổi cư trú khi quý vị

- Chuyển đến địa chỉ mới
- Tạm đi khỏi Minnesota trên 30 ngày.

Thay đổi cuộc sống trong gia hộ khi có người

- Mang thai hoặc sinh con
- Dọn vào hoặc dọn ra khỏi nhà của quý vị
- chết, kết hôn hoặc ly dị
- Bắt đầu hoặc ngừng bảo hiểm y tế khác hoặc Medicare
- Bị tàn tật
- Đi vào hoặc ra khỏi tù

Khai thuế

Nếu quý vị mua QHP qua MNsure và được APTC hoặc muốn yêu cầu Tín Chỉ Thuế Bảo Phí (Premium Tax Credit, hay PTC), thì quý vị phải khai thuế với Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, hay IRS). Nếu quý vị kết hôn vào cuối năm thì phải khai thuế lợi tức chung với người phối ngẫu.

Khi quý vị khai thuế liên bang, IRS sẽ so sánh lợi tức trên tờ khai thuế của quý vị với lợi tức trên đơn xin. Nếu lợi tức trên tờ khai thuế thấp hơn lợi tức trên đơn xin thì quý vị có thể đủ điều kiện được thêm tiền tín chỉ thuế. Mặt khác, nếu lợi tức trên tờ khai thuế của quý vị cao hơn lợi tức trên đơn xin thì quý vị có thể phải nộp thêm thuế lợi tức liên bang. Vào cuối năm tính thuế, MNsure sẽ gởi mẫu đơn 1095A cho quý vị để khai bảo hiểm y tế cho IRS. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về khai thuế trên mạng lưới của MNsure tại: www.mnsure.org/individual-family/cost/1095-A.jsp

Quý vị có quyền yêu cầu một buổi điều trần

Nếu quý vị thấy điều kiện được chăm sóc sức khỏe hoặc quyền hạn của mình bị sai hoặc đơn xin của quý vị không được cứu xét đúng cách thì có thể yêu cầu buổi điều trần khiếu nại. Khi yêu cầu điều trần, quý vị yêu cầu xem xét công bằng nội vụ của mình. Quý vị có thể đại diện cho chính mình hoặc qua luật sư, người biện hộ, người đại diện được ủy quyền, bà con, quý vị bè hoặc người khác. Xem chỉ dẫn khiếu nại về tất cả các thông báo về đủ điều kiện. Tìm hiểu thêm về tiến trình khiếu nại và cách yêu cầu buổi điều trần tại mạng lưới về khiếu nại của MNsure: www.mnsure.org/help/appeals hoặc tại địa chỉ DHS web ở www.dhs.state.mn.us/appeals/faqs

Quý vị có thể điền và nộp một yêu cầu kháng cáo trực tuyến tại https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG.

Quý vị cũng có thể in mẫu có sẵn tại địa chỉ trên và nộp mẫu điền đầy đủ bằng fax tới 651-431-7523 hoặc bằng bưu điện đến địa chỉ:

(Ban Dịch Vụ Nhân Sự Minnesota)
(Đơn vị Kháng cáo)
Minnesota Department of Human Services
Appeals Division
PO Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Di trú

Thông tin di trú quý vị cung cấp cho chúng tôi là điều riêng tư. Chúng tôi sử dụng để xem quý vị có thể được bảo hiểm hay không. Chúng tôi chỉ chia sẻ thông tin này khi luật pháp cho phép hay đòi hỏi, như để kiểm chứng danh tánh. Trong hầu hết các trường hợp, gửi đơn xin sẽ không ảnh hưởng đến tình trạng di trú của quý vị trừ khi quý vị nộp đơn xin tiền trả cho dịch vụ chăm sóc lâu dài.

Quý vị không cần cung cấp cho chúng tôi thông tin di trú của mình nếu quý vị là phụ nữ mang thai sống tại Hoa Kỳ và không được Sở Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ (United States Citizenship and Immigration Services, hay USCIS) biết hay chấp thuận. Quý vị cũng không phải cho chúng tôi biết thông tin di trú nếu quý vị:

- Chỉ nộp đơn xin chăm sóc y tế khẩn cấp
- Giúp người khác nộp đơn xin
- Không tự nộp đơn xin

Quyền Hạn và Trách Nhiệm đối với Medical Assistance và MinnesotaCare Mà Thôi

Các bài duyệt xét

Người thanh tra chương trình chăm sóc sức khỏe của cơ quan tiểu bang hoặc liên bang có thể kiểm tra đơn xin của quý vị. Họ sẽ xem xét và kiểm tra thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi để bảo đảm là chúng tôi cứu xét đúng cách nội vụ của quý vị. Họ sẽ cho quý vị biết nếu họ cần hỏi quý vị một số câu hỏi.

Đồng ý chia sẻ thông tin y tế

Trong đơn ghi danh bảo hiểm của Minnesota Health Care Programs, quý vị đã viết và ký sự đồng ý cho các cơ quan và người sau đây chia sẻ thông tin y tế về quý vị chỉ cho các mục đích giới hạn ghi rõ:

- Người chăm sóc sức khỏe, bao gồm chương trình bảo hiểm, các cơ quan bảo hiểm, MA hoặc MinnesotaCare, người biện hộ của quận, khu học chánh, nhân viên xã hội của quận hoặc tiểu bang, nhà thầu hoặc nhà thầu phụ của họ, cho những mục đích này:
  - Để biết ai là người trả tiền cho chăm sóc sức khỏe của tôi
  - Để cung cấp, quản lý, điều phối dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Tất cả các cơ quan hoặc những người khác trên Thông Báo về Các Phương Thức Bảo Vệ Sự Riêng Tư và Thông Báo về Quyền Hạn và Trách Nhiệm, cho mục đích này:
  - Để điều quản Minnesota Health Care Program, trả tiền dịch vụ, nghiên cứu và điều tra

Thỏa thuận này áp dụng cho các thông tin y tế về các con nhỏ mà tôi nộp trong đơn xin này.

Quý vị có thể ngưng lại sự chấp thuận này vào bất cứ lúc nào bằng cách yêu cầu trên văn bản để nó chấm dứt. Thông báo bằng văn bản ngưng thỏa thuận này sẽ không ảnh hưởng đến thông tin mà cơ quan đã cung cấp cho người khác. Thỏa thuận này vẫn áp dụng khi tôi ghi danh MA hoặc MinnesotaCare cho đến một năm hoặc lâu hơn nếu luật cho phép.

Tuy nhiên, đối với hồ sơ cung cấp cho người cố vấn hoặc để trả tiền hóa đơn, điều tra gian lận hoặc kiểm xét phẩm chất chăm sóc và nghiên cứu thì thỏa thuận không kết thúc sau một năm.

Cơ quan hay người nhận thông tin của tôi thông qua thỏa thuận này có thể cung cấp thông tin cho người khác.

Nếu quý vị chấm dứt sự chấp thuận này, quý vị không thể ghi danh hoặc tiếp tục ghi danh vào các Minnesota Health Care Programs.

Chăm sóc sức khỏe khác

Quý vị và các thành viên trong gia đình của quý vị ghi danh với MA phải cho chúng tôi biết về bất kỳ bảo hiểm y tế khác mà quý vị có hoặc có sẵn cho quý vị, kể cả chương trình bảo hiểm tài trợ bởi chủ nhân, bảo hiểm y tế tư nhân, bảo hiểm chăm sóc dài hạn, và bất kỳ bảo hiểm y tế hạn chế nào, như là bảo hiểm nha khoa hoặc tai nạn. Quý vị phải cho chúng tôi biết chủ nhân của quý vị có đề nghị bảo hiểm và quý vị có chấp nhận đề nghị hay không.

Quý vị và các thành viên trong gia đình của quý vị ghi danh với MA có thể cần phải chấp nhận và giữ một chương trình bảo hiểm y tế khi chương trình có hiệu quả chi phí. Nếu quý vị có lý do chính đáng để không làm điều đó, quý vị có thể yêu cầu nhà nước chấp thuận lý do của quý vị. Nếu quý vị không cung cấp cho chúng tôi thông tin về chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, quý vị có thể không được hưởng bảo hiểm.

Quý vị cũng phải cho chúng tôi biết khi nào quý vị đủ điều kiện hưởng Medicare. MA trả phí bảo hiểm Medicare cho một số người có lợi tức thấp.

Hỗ trợ Y tế MA

Nếu quý vị làm đơn xin cho bản thân và con cái của quý vị và quý vị không sống với người phụ huynh kia, pháp luật nói là quý vị có thể phải cung cấp thông tin cho nhân viên cấp dưỡng trẻ em nếu cả quý vị và con của quý vị hội đủ điều kiện được MA. Điều này bao gồm việc giúp tiểu bang chứng minh người cha của con quý vị và giúp tiểu bang bắt người phụ huynh kia giúp trả chi phí y tế của con cái. Nếu quý vị không giúp nhân viên cấp dưỡng trẻ em, con cái của quý vị vẫn sẽ nhận được bảo hiểm, nhưng bảo hiểm của quý vị sẽ kết thúc, trừ khi quý vị đang mang thai.

Quý vị có thể yêu cầu miễn giúp đỡ nếu điều đó trái với lợi ích tốt nhất của con quý vị hoặc chống lại lợi ích tốt nhất của quý vị vì sợ tổn hại về thể chất hoặc tinh thần. Cơ quan sẽ xem xét bằng chứng của quý vị và cho quý vị biết quý vị vẫn phải cung cấp thông tin cho nhân viên hỗ trợ trẻ em hay không.

Chuyển giao tiền trả y tế

Qua việc chấp nhận MA, quý vị giao các quyền của mình về tất cả các khoản trả tiền y tế cho bản thân và bất kỳ người nào khác quý vị làm đơn dùm, cho Tiểu Bang Minnesota. Điều này bao gồm các khoản tiền trả y tế từ tất cả mọi người hoặc công ty khác, kể cả tiền trả cấp dưỡng y tế từ một phụ huynh vắng mặt. Sự chuyển giao việc trả tiền y tế này bắt đầu ngay từ khi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe bắt đầu.

Quý vị cũng đồng ý giúp tiểu bang được trả lại các chi phí y tế mà đáng lý phải được trả bởi người khác. Quý vị không thể không phải giúp tiểu bang nếu quý vị có lý do chính đáng để không giúp đỡ và tiểu bang chấp thuận lý do của quý vị.

Quyền Cầm giữ và Thế chấp Địa ốc của MA

Trong những trường hợp nhất định, luật liên bang và tiểu bang đòi hỏi Sở dịch vụ nhân sự Minnesota và các cơ quan địa phương truy thâu lại chi phí mà chương trình MA trả tiền dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các thành viên của chương trình. Quá trình truy thâu lại này được thực hiện qua các chương trình cầm giữ và đòi hỏi địa ốc của MA và tiểu bang Minnesota.

Nếu quý vị ghi danh với MA khi quý vị 55 tuổi trở lên, thì sau khi quý vị qua đời, Minnesota phải cố gắng thu hồi một số chi phí mà chương trình MA đã trả cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị bao gồm:

- Dịch vụ nhà dưỡng lão
- Dịch vụ tại gia và cộng đồng
- Chi phí thuốc theo toa và bệnh viện liên quan

Các dịch vụ tại gia và cộng đồng bao gồm dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tại gia và dịch vụ điều dưỡng chuyên môn, chi phí chăm sóc cá nhân, và dụng cụ thiết bị y tế. Chúng cũng bao gồm vật lý trị liệu, liệu pháp lao động và liệu pháp nói, khi liệu pháp này được cung cấp bởi cơ quan chăm sóc sức khoẻ tại gia hay phục hồi tại gia.

Nếu quý vị sống vĩnh viễn ở một cơ sở y tế, Minnesota cũng phải cố gắng thu hồi chi phí của tất cả các dịch vụ MA mà quý vị nhận được trong thời gian sống tại một cơ sở y tế. Nếu quý vị đang sống vĩnh viễn ở một cơ sở y tế và quý vị không có người phối ngẫu hoặc con có khuyết tật sống trên bất động sản thì tiểu bang có thể nộp một đơn thế chấp MA chống lại bất động sản của quý vị để thu hồi chi phí MA trước khi quý vị qua đời.

Sau khi quý vị qua đời, tiểu bang cũng có thể nộp một thông báo về tiềm năng khiếu nại, là một hình thức thế chấp, chống lại bất động sản để thu hồi chi phí MA. Các thế chấp để thu hồi chi phí MA có thể được nộp chống lại những điều sau đây:

- Tài sản cả đời hoặc tiền thuê bất động sản chung với người khác.
- Bất động sản thuộc toàn quyền sở hữu của quý vị
- Bất động sản quý vị sở hữu chung với người khác.

Minnesota không thể bắt đầu thu hồi những chi phí này trong khi người phối ngẫu quý vị vẫn còn sống hoặc nếu quý vị có con dưới 21 tuổi hoặc một đứa con bị khuyết tật vĩnh viễn. Khi người phối ngẫu của quý vị qua đời, Minnesota phải cố gắng thu hồi chi phí MA từ tài sản của người phối ngẫu quý vị. Tuy nhiên, sự thu hồi sẽ bị trì hoãn nếu quý vị vẫn còn con dưới 21 tuổi hoặc bị khuyết tật vĩnh viễn. Con của quý vị không phải sử dụng tài sản của mình để bồi hoàn cho tiểu bang bất cứ dịch vụ MA nào quý vị nhận được.

Quý vị có quyền nói chuyện với một nhóm trợ giúp pháp lý hoặc một luật sư tư nếu quý vị có những câu hỏi cụ thể về sự thu hồi tài sản và thế chấp của MA có thể ảnh hưởng đến hoàn cảnh và hoạc định tài sản của quý vị. Bộ Dịch vụ Nhân sư Minnesota không thể cung cấp cho quý vị tư vấn pháp lý. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập http://mn.gov/dhs/ma-estate-recovery/.

Dân Quyền của Quý vị

Thông báo các Dân Quyền

Kỳ thị là trái pháp luật. MNsure và Sở Dịch Vụ Nhân Sự Minnesota (DHS - Department of Human Services) không kỳ thị trên căn bản của bất kỳ những điều nào sau đây:

- sắc tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tín ngưỡng
- tôn giáo
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng trợ cấp công chúng
- tình trạng hôn phối
- tuổi tác
- tàn tật
- phái tính (kể cả khuôn mẫu phái tính và nhận dạng phái tính)

Phụ trợ và dịch vụ miễn phí. Nếu quý vị có một khuyết tật và cần có sự giúp đỡ và dịch vụ để có cơ hội bình đẳng hầu tham gia vào các chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi, MNsure và DHS sẽ cung cấp những điều này nhanh chóng và miễn phí. Những hỗ trợ và các dịch vụ này bao gồm các thông dịch viên đủ tiêu chuẩn và thông tin theo hình dạng dễ tiếp cận.

Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Nếu khả năng Anh văn của quý vị có hạn chế và cần các tài liệu được dịch hoặc ngôn ngữ được thông dịch để giúp tiếp cận có ý nghĩa các thông tin và dịch vụ, MNsure và DHS sẽ cung cấp những điều này nhanh chóng và miễn phí.

Để yêu cầu các dịch vụ miễn phí này từ MNsure, xin liên lạc với Cơ Quan Tiếp Cận và Cơ Hội Bình Đẳng MNsure (AEO - Accessibility and Equal Opportunity) tại AEO@MNsure.org hay 651-539-2099 (1-855-366-7873 ở ngoài Twin Cities).

Để yêu cầu các dịch vụ miễn phí của DHS, gọi DHS Minnesota Health Care Programs (MHCP- Chương trình Chăm sóc Sức khỏe của DHS Minnesota) Health Care Consumer Support (Trợ giúp Chăm sóc Sức khỏe người tiêu dùng) tại 651-431-2670 or 800-657-3739. Hoặc sử dịch vụ chuyển tiếp ưa thích của mình.

Khiếu nại về Dân Quyền

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại một sự ký thị nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị đối xử một cách kỳ thị bởi một cơ quan dịch vụ nhân sự.

Quý vị có thể liên lạc trực tiếp với bất kỳ cơ quan nào trong bốn cơ quan sau đây để nộp đơn khiếu nại sự kỳ thị.

Văn Phòng Dân Quyền thuộc Ban Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights [OCR])

vị có quyền nộp đơn khiếu nại với OCR, một cơ quan liên bang, nếu quý vị tin rằng quý vị bị kỳ thị vì bất kỳ điều nào dưới đây:

- sắc tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tuổi tác
- tàn tật
- phái tính (kể cả khuôn mẫu phái tính và nhận dạng phái tính)

Xin liên lạc trực tiếp với **OCR** để nộp đơn khiếu nại:

(Giám đốc) (Văn Phòng Dân Quyền thuộc Ban Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ)
Director, U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
800-368-1019 (âm thoại)
800-537-7697 (cho người khuyết thính)
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Bộ Nhân Quyền Minnesota (Minnesota Department of Human Rights - MDHR)

Tại Minnesota, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với MDHR nếu quý vị tin rằng quý vị bị kỳ thị vì bất kỳ những điều nào sau đây:

- sắc tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tôn giáo
- tín ngưỡng
- phái tính
- khuynh hướng tình dục
- tình trạng hôn phối
- tình trạng trợ cấp công chúng
- tàn tật

Xin liên lạc trực tiếp với **MDHR** để nộp đơn khiếu nại:

(Bộ Nhân Quyền Minnesota)
Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building, 625 North Robert Street
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (âm thoại)
800-657-3704 (miễn phí)
711 or 800-627-3529 (MN Chuyển tiếp)
651-296-9042 (điện sao)
Info.MDHR@state.mn.us (điện thư)

MNsure và DHS

Quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại với MNsure hoặc DHS nếu quý vị tin rằng quý vị bị kỳ thị trong các chương trình chăm sóc sức khỏe của chúng tôi vì bất kỳ những điều nào sau đây:

- sắc tộc
- màu da
- nguồn gốc quốc gia
- tín ngưỡng
- tôn giáo
- khuynh hướng tình dục
- public assistance status
- tình trạng hôn phối
- tuổi tác
- tàn tật
- phái tính (kể cả khuôn mẫu phái tính và nhận dạng phái tính)

Khiếu nại phải bằng văn bản và nộp trong vòng 180 ngày (hoặc một năm đối với khách hàng của MNsure) từ ngày quý vị khám phá ra sự cho là kỳ thị. Đơn khiếu nại phải có tên và địa chỉ của quý vị và mô tả sự kỳ thị quý vị muốn khiếu nại. Sau khi chúng tôi nhận được đơn khiếu nại của quý vị, chúng tôi sẽ duyệt xét và thông báo cho quý vị bằng văn bản là chúng tôi có thẩm quyền điều tra hay không. Nếu chúng tôi có thẩm quyền, chúng tôi sẽ điều tra khiếu nại.

MNsure hoặc DHS sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản về kết quả của cuộc điều tra. Quý vị có quyền kháng cáo kết quả nếu quý vị không đồng ý với quyết định này. Để kháng cáo, quý vị phải gửi văn bản yêu cầu để MNsure hoặc DHS duyệt xét lại kết quả cuộc điều tra. Xin viết ngắn gọn và cho biết lý do tại sao quý vị không đồng ý với quyết định này. Cung cấp các thông tin bổ túc quý vị nghĩ là quan trọng.

Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại theo cách này, những người làm việc cho cơ quan nêu tên trong đơn khiếu nại không được trả đũa quý vị. Điều này có nghĩa là họ không thể trừng phạt quý vị bằng bất kỳ cách nào vì quý vị nộp đơn khiếu nại. Nộp đơn khiếu nại theo cách này không ngăn cản quý vị tìm các biện pháp pháp lý hoặc hành chánh khác.

Liên lạc trực tiếp với **MNsure** để nộp đơn khiếu nại:

(Văn Phòng Tiếp Cận và Cơ Hội Bình Đẳng (AEO) của MNsure)
MNsure Accessibility and Equal Opportunity (AEO) Office
P.O. Box 64253
St. Paul, MN 55164-0253
651-539-2099 or 855-366-7873 (âm thoại) hoặc dùng dịch vụ tiếp vận ưa thích của quý vị
AEO@MNsure.org (điện thư)

Liên lạc trực tiếp với **DHS** để nộp đơn khiếu nại sự kỳ thị:

(Điều phối viên Dân quyền)
(Ban Dịch Vụ Nhân Sự Minnesota)
(Đơn vị Cơ hội Bình đẳng và Tiếp cận)
Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (âm thoại) hoặc dùng dịch vụ tiếp vận ưa thích của quý vị

Tờ Đính Kèm B
Địa chỉ các cơ quan

(Ngày bắt đầu có hiệu lực: Tháng 2 năm 2020)

Aitkin County
204 First Street NW
Aitkin, MN 56431-1291
218-927-7200 / 800-328-3744
Fax: 218-927-7210

Anoka County
Blaine Human Service Center
1201 89th Ave NE
Blaine, MN 55434
763-422-7200
Fax: 763-324-3620

Becker County
712 Minnesota Avenue
Detroit Lakes, MN 56501
218-847-5628
Fax: 218-847-6738

Beltrami County
616 America Ave NW
Bemidji, MN 56601
218-333-8300
Fax: 218-333-4150

Benton County
531 Dewey Street
Foley, MN 56329-0740
320-968-5087 / 800-530-6254
Fax: 320-968-5330

Big Stone County
340 2nd Street NW
P.O. Box 338
Ortonville, MN 56278-0338
320-839-2555
Fax: 320-839-3966

Blue Earth County
410 S 5th Street
Mankato, MN 56002-3526
507-304-4335
Fax: 507-304-4336

Brown County
1117 Center Street
New Ulm, MN 56073-0788
507-354-8246 / 800-450-8246
Fax: 507-359-6542

Carlton County
14 N. 11th Street, Suite 100
Cloquet, MN 55720-0660
218-879-4583 / 800-642-9082
Fax: 218-878-2500

Carver County
602 East Fourth Street
Chaska, MN 55318-2102
952-361-1600
Fax: 952-361-1660

Cass County
400 Michigan Avenue W
Walker, MN 56484-0519
218-547-1340
Fax: 218-547-1448

Chippewa County
719 N Seventh Street, Suite 200
Montevideo, MN 56265-1397
320-269-6401 / 877-450-6401
Fax: 320-269-6405

Chisago County
313 North Main Street, Rm 239
Center City, MN 55012-9665
651-213-5640 / 888-234-1246
Fax: 651-213-5685

Clay County
715 North 11th Street, Suite 502
Moorhead, MN 56560-2095
218-299-5200 / 800-757-3880
Fax: 218-299-7106

Clearwater County
216 Park Avenue NW
Bagley, MN 56621-9500
218-694-6164 / 800-245-6064
Fax: 218-694-3535

Cook County
411 West Second Street
Grand Marais, MN 55604-2307
218-387-3620
Fax: 218-387-3020

Cottonwood County
DVHHS
11 Fourth Street
Windom, MN 56101-0009
507-831-1891
Fax: 507-831-0126

Crow Wing County
204 Laurel Street
Brainerd, MN 56401-0686
218-824-1250 / 888-772-8212
Fax: 218-824-1305

Dakota County
1 Mendota Road West, #100
West St. Paul, MN 55118-4765
651-554-5611
Fax: 651-554-5748

Dodge County
MnPrairie
22 Sixth Street East, Dept. 401
Mantorville, MN 55955
507-923-2900 / 888-850-9419
Fax: 507-635-6186

Douglas County
809 Elm Street, Suite 1186
Alexandria, MN 56308
320-762-2302
Fax: 320-762-3833

Faribault County
FMCHS
412 Nicollet Street North
Blue Earth, MN 56013
507-526-3265
Fax: 507-526-2039

Fillmore County
902 Houston Street NW, #1
Preston, MN 55965-1080
507-765-2175
Fax: 507-765-3895

Freeborn County
203 W Clark Street
Albert Lea, MN 56007-1246
507-377-5400
Fax: 507-377-5498

Goodhue County
426 West Avenue
Red Wing, MN 55066
651-385-3200
Fax: 651-267-4879

Grant County
15 Central Avenue N
Elbow Lake, MN 56531-1006
218-685-8200 / 800-291-2827
Fax: 218-685-4978

Hennepin County
PO Box 107
Minneapolis, MN 55440-0107
612-596-1300
Fax: 612-288-2981
Vui lòng gọi nếu quý vị cần biết địa chỉ văn phòng và giờ làm việc.

Houston County
304 S. Marshall Street, Rm 104
Caledonia, MN 55921-0310
507-725-5811
Fax: 507-725-3990

Hubbard County
205 Court Avenue
Park Rapids, MN 56470
218-732-1451 / 877-450-1451
Fax: 218-732-3231

Isanti County
1700 E Rum River Dr S, Suite A
Cambridge, MN 55008-2547
763-689-1711
Fax: 763-689-9877

Itasca County
1209 SE Second Avenue
Grand Rapids, MN 55744-3983
218-327-2941 / 800-422-0312
Fax: 218-327-5548

Jackson County
DVHHS
407 5th Street, PO Box 67
Jackson, MN 56143-0067
507-847-4000
Fax: 507-847-5616

Kanabec County
905 Forest Avenue East, #150
Mora, MN 55051-1316
320-679-6350
Fax: 320-679-6351

Kandiyohi County
2200 23rd Street NE, Suite 1020
Willmar, MN 56201-9423
320-231-7800 / 877-464-7800
Fax: 320-231-6285

Kittson County
410 South Fifth Street, Suite 100
Hallock, MN 56728
218-843-2689 / 800-672-8026
Fax: 218-843-2607

Koochiching County
1000 Fifth Street
Int'l Falls, MN 56649-2485
218-283-7000 / 800-950-4630
Fax: 218-283-7013

Lac Qui Parle County
930 First Avenue
Madison, MN 56256-0007
320-598-7594
Fax: 320-598-7597

Lake County
616 Third Avenue
Two Harbors, MN 55616-1560
218-834-8400
Fax: 218-834-8412

Lake of the Woods County
206 8th Avenue SE, Suite 200
Baudette, MN 56623
218-634-2642
Fax: 218-634-4520

Le Sueur County
88 South Park Avenue
Le Center, MN 56057-1646
507-357-8288
Fax: 507-357-6122

Lincoln County
SWMHHS
319 N Rebecca Street
Ivanhoe, MN 56142
507-694-1452 / 800-657-3781
Fax: 507-694-1859

Lyon County
SWMHHS
607 West Main Street, Suite 100
Marshall, MN 56258
507-537-6747 / 800-657-3760
Fax: 507-537-6088

McLeod County
1805 Ford Avenue North, #100
Glencoe, MN 55336
320-864-3144 / 800-247-1756
Fax: 320-864-5265

Mahnomen County
311 N Main Street
Mahnomen, MN 56557-0460
218-935-2568
Fax: 218-935-5459

Marshall County
208 East Colvin Avenue, Suite 14
Warren, MN 56762-1695
218-745-5124 / 800-642-5444
Fax: 218-745-5260

Martin County
FMCHS
115 West First Street
Fairmont, MN 56031
507-238-4757
Fax: 507-238-1574

Meeker County
114 North Holcombe Ave, #180
Litchfield, MN 55355-2273
320-693-5300 / 877-915-5300
Fax: 320-693-5344

Mille Lacs County
525 Second Street SE
Milaca, MN 56353
320-983-8208 / 888-270-8208
Fax: 320-983-8306

MinnesotaCare Operations
540 Cedar Street
PO Box 64252
St. Paul, MN 55164-0252
651-297-3862 / 800-657-3672
Fax: 651-431-7750

Morrison County
213 SE First Avenue
Little Falls, MN 56345-3196
320-632-2951 / 800-269-1464
Fax: 320-632-0225

Mower County
201 1st Street NE, Suite 18
Austin, MN 55912-3405
507-437-9700
Fax: 507-437-9721

Murray County
SWMHHS
3001 Maple Road, Suite 100
Slayton, MN 56172
507-836-6144 / 800-657-3811
Fax: 507-836-8841

Nicollet County
622 South Front Street
St. Peter, MN 56082-2106
507-934-8559
Fax: 507-934-8552

Nobles County
318 9th Street
PO Box 189
Worthington, MN 56187-0189
507-295-5213
Fax: 507-372-5094

Norman County
15 Second Avenue East, Room 108
Ada, MN 56510-1389
218-784-5400
Fax: 218-784-7142

Olmsted County
2117 Campus Drive SE, Suite 200
Rochester, MN 55904
507-328-6500
Fax: 507-328-7956

Otter Tail County
535 Fir Avenue W
Fergus Falls, MN 56537
218-998-8230
Fax: 218-998-8270

Pennington County
318 N Knight Avenue
Thief River Falls, MN 56701-0340
218-681-2880
Fax: 218-683-7013

Pine County
315 Main Street S, Suite 200
Pine City, MN 55063
320-591-1570
Fax: 320-591-1601

Hoặc
1610 Highway 23 N
Sandstone, MN 55072-5009
Fax: 320-591-1601

Pipestone County
SWMHHS
1091 North Hiawatha Avenue
Pipestone, MN 56164
507-825-6720 / 888-632-4325
Fax: 507-825-5649

Polk County
612 N Broadway, Room 302
Crookston, MN 56716
218-281-3127 / 877-281-3127
Fax: 218-281-3926

Hoặc
1424 Central Avenue NE
East Grand Forks, MN 56721
218-773-2431
Fax: 218-773-3602

Hoặc
250 SW Cleveland Avenue
PO Box 100
McIntosh, MN 56556
21-435-1585 / 877-281-3127
Fax: 218-435-1552

Pope County
211 East MN Avenue, Suite 200
Glenwood, MN 56334-1629
320-634-7755
Fax: 320-634-0164

Ramsey County
160 East Kellogg Boulevard
St. Paul, MN 55101-1494
651-266-4444
Fax: 651-266-3942

Red Lake County
125 Edward Avenue SW
Red Lake Falls, MN 56750-0356
218-253-4131 / 877-294-0846
Fax: 218-253-2926

Redwood County
SWMHHS
266 E Bridge Street
Redwood Falls, MN 56283
507-637-4050 / 888-234-1292
Fax: 507-637-4055

Renville County
105 S 5th Street, Suite 203H
Olivia, MN 56277
320-523-2202
Fax: 320-523-3565

Rice County
320 NW Third Street, #2
Faribault, MN 55021-0718
507-332-6115
Fax: 507-332-6247

Rock County
SWMHHS
2 Roundwind Road
Luverne, MN 56156-0715
507-283-5070
Fax: 507-283-5074

Roseau County
208 6th Street SW
Roseau, MN 56751-1451
218-463-2411 / 866-255-2932
Fax: 218-463-3872

St. Louis County
320 West 2nd Street
Duluth, MN 55802-1495
218-726-2101 / 800-450-9777
Fax: 218-726-2163

Hoặc
307 S 1st Street – PO Box 1148
Virginia, MN 55792-1148
218-749-7137
Fax: 218-742-9503

Hoặc
320 Miners Drive E
Ely, MN 55731-1402
218-365-8220
Fax: 218-365-8217

Hoặc
1814 14th Avenue East
Hibbing, MN 55746-1314
218-262-6000
Fax: 218-262-6049

Scott County
752 Canterbury Rd S
Shakopee, MN 55379
952-496-8686
Fax: 952-496-8685

Sherburne County
13880 Business Center Drive
Elk River, MN 55330-4600
763-765-4000 / 800-433-5239
Fax: 763-765-4096

Sibley County
PO Box 237
Gaylord, MN 55334-0237
507-237-4000
Fax: 507-237-4031

Stearns County
705 Courthouse Square
St. Cloud, MN 56302-1107
320-656-6000 / 800-450-3663
Fax: 320-656-6447

Steele County
MnPrairie
630 Florence Avenue
Owatonna, MN 55060-0890
507-431-5600
Fax: 507-635-6186

Stevens County
400 Colorado Avenue, Suite 104
Morris, MN 56267-1235
320-208-6600 / 800-950-4429
Fax: 320-589-3972

Swift County
410 21st Street South
Benson, MN 56215-0208
320-843-3160
Fax: 320-843-4582

Todd County
212 Second Avenue South
Long Prairie, MN 56347-1640
320-732-4500 / 888-838-4066
Fax: 320-732-4540

Traverse County
202 8th Street North
Wheaton, MN 56296
320-422-7777 / 855-735-8916
Fax: 320-563-4230

Wabasha County
411 Hiawatha Drive E
Wabasha, MN 55981-1573
651-565-3351 / 888-315-8815
Fax: 651-565-3084

Wadena County
124 First Street SE
Wadena, MN 56482-1553
218-631-7605 / 888-662-2737
Fax: 218-631-7616

Waseca County
MnPrairie
299 Johnson Avenue SW, Suite 160
Waseca, MN 56093-2498
507-837-6600
Fax: 507-635-6186

Washington County
14949 62nd Street North
PO Box 30
Stillwater, MN 55082-0030
651-430-6455
Fax: 651-430-6605

Watonwan County
715 Second Avenue S
St. James, MN 56081-1741
507-375-3294 / 888-299-5941
Fax: 507-375-7359

Wilkin County
227 6th Street North
PO Box 369
Breckenridge, MN 56520-0369
218-643-7161
Fax: 218-643-7175

Winona County
202 West Third Street
Winona, MN 55987-3146
507-457-6200
Fax: 507-454-9381

Wright County
1004 Commercial Drive
Buffalo, MN 55313-1736
763-682-7414 / 800-362-3667
Fax: 763-682-7701

Yellow Medicine County
415 9th Avenue, Suite 202
Granite Falls, MN 56241
320-564-2211
Fax: 320-564-4165

White Earth Human Services
PO Box 100
Nay-tah-waush, MN 56566
218-935-5554