



# Đơn Xin Bảo Hiểm Sức Khỏe & Giúp Trả Cho Các Chi Phí

➔ **Nộp đơn nhanh hơn bằng cách lên trang mạng [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)**



**Dùng đơn xin này để xem quý vị hội đủ điều kiện được bảo hiểm nào**

- Các chương trình bảo hiểm từ Thị Trường có đài thọ bảo hiểm toàn diện để giữ cho quý vị lành mạnh.
- Được tín điểm về thuế (điểm thuế tax credit) có thể giúp giảm tiền bảo phí cho bảo hiểm sức khỏe của quý vị.
- Bảo hiểm miễn phí hoặc giá rẻ thông qua Medicaid hoặc của Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe cho Trẻ Em (CHIP).
- **Một số mức thu nhập nhất định có thể đủ điều kiện cho các chương trình miễn phí hoặc chi phí thấp.**



**Ai có thể sử dụng đơn xin này?**

- Dùng đơn xin này để xin cho bất cứ người nào trong hộ gia đình của quý vị.
- **Làm đơn xin mặc dù quý vị, người phối ngẫu của quý vị, hoặc con của quý vị đã có bảo hiểm sức khỏe. Quý vị có thể hội đủ điều kiện được bảo hiểm miễn phí hoặc giá rẻ hơn.**
- Nếu độc thân, quý vị có thể dùng mẫu đơn ngắn. Xin xem trang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Các hộ gia đình kể cả những người di dân hội đủ điều kiện có thể làm đơn xin. Quý vị có thể làm đơn xin cho con mình mặc dù quý vị không hội đủ điều kiện để được bảo hiểm. Việc làm đơn xin không ảnh hưởng tới tình trạng di trú của quý vị hoặc cơ hội trở thành một thường trú nhân hoặc công dân.
- Nếu một ai đó giúp quý vị điền đơn xin này, quý vị cần điền thêm Phụ Lục C.



**Những thông tin mà quý vị có thể cần cung cấp**

- Số An Sinh Xã Hội (SSN) (hoặc số hồ sơ tài liệu cho những người di dân hợp pháp nào cần có bảo hiểm).
- Thông tin về hãng sở và thu nhập cho tất cả mọi người trong gia đình (như lương, các mẫu W-2, hoặc các tờ khai lương bổng và thuế).
- Mã số hồ sơ hợp đồng cho bất kỳ bảo hiểm sức khỏe quý vị đang có.
- Thông tin về bất cứ bảo hiểm sức khỏe có liên quan tới công việc nào, hiện hộ gia đình của quý vị đang có.



**Tại sao chúng tôi hỏi về những thông tin này?**

Chúng tôi hỏi về thu nhập và thông tin khác để cho quý vị biết loại bảo hiểm nào mà quý vị hội đủ điều kiện và biết rằng quý vị có thể có được sự trợ giúp nào để trả cho bảo hiểm đó hay không. **Chúng tôi sẽ giữ cho mọi thông tin mà quý vị cung cấp được giữ kín và bảo mật, đúng theo yêu cầu của pháp luật.** Để xem Tuyên bố về Đạo Luật Bảo Mật, xin xem trang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) hoặc xem các chỉ dẫn.



**Điều gì xảy ra kế tiếp?**

Gửi đơn xin mà quý vị đã điền và ký tên tới địa chỉ ghi ở trang 8. **Nếu quý vị không có đủ thông tin mà chúng tôi yêu cầu, vẫn cứ ký và nộp đơn xin của quý vị.** Chúng tôi sẽ liên hệ lại với quý vị trong vòng 1-2 tuần, và **quý vị có thể nhận được một cuộc gọi từ Marketplace nếu chúng tôi cần biết thêm thông tin.** Quý vị sẽ nhận được một thông báo về tình trạng hội đủ điều kiện qua bưu điện sau khi đơn của quý vị được xử lý. Nếu quý vị không được tin gì từ chúng tôi, xin liên lạc với Tổng Đài Marketplace (Marketplace Call Center). Việc điền vào đơn xin này không có nghĩa là quý vị phải mua bảo hiểm sức khỏe.



**Để được giúp đỡ về đơn xin này**

- **Lên trang mạng:** [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- **Số điện thoại:** Gọi tổng đài Marketplace Call Center at **1-800-318-2596**. Người dùng TTY có thể gọi số **1-855-889-4325**.
- **Đến tận nơi:** Trong vùng của quý vị có thể có các cố vấn viên có thể giúp đỡ. Xem trang [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov), hoặc gọi Tổng đài Marketplace tại số **1-800-318-2596** để biết thêm thông tin.
- **Các ngôn ngữ khác:** Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi **1-800-318-2596** và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí.

Quý vị có quyền yêu cầu thông tin về Marketplace ở một định dạng có thể sử dụng được, ví dụ như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi Braille, hoặc băng ghi âm. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu cảm thấy bị phân biệt đối xử. Xem trang [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice), hoặc gọi Tổng đài Marketplace tại số **1-800-318-2596** để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi số **1-855-889-4325**.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.

Health Insurance Marketplace® is a registered service mark of the U.S. Department of Health & Human Services.



HealthCare.gov



Viết kiểu chữ in các chữ hoa và chỉ dùng mực đen hoặc xanh đậm.

Tô đậm các ô tròn (○) như thế này → ●.

## Bước 1: Cho chúng tôi biết về bản thân quý vị.

(Chúng tôi cần một người lớn trong hộ gia đình làm người liên lạc cho đơn đăng ký của quý vị.)

1. Tên	Tên lót	Họ	Tiếp tố
[Hatched area]			
2. Địa chỉ nhà (Để trống nếu quý vị không có địa chỉ này.)			3. Địa chỉ nhà 2
[Hatched area]			[Hatched area]
4. Thành phố	5. Tiểu bang	6. Số ZIP	7. Quận hạt
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]
8. Quận, xã, hoặc thị trấn			9. Địa chỉ gửi thư 2
[Hatched area]			[Hatched area]
10. Thành phố	11. Tiểu bang	12. Số ZIP	13. Quận hạt
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]
14. Số điện thoại ban ngày		15. Số điện thoại phụ	
[Hatched area]		[Hatched area]	
16. Quý vị có muốn lấy thông tin về đơn xin này qua email hay không?.....○ Có ○ Không			
Địa chỉ Email: [Hatched area]			
17. Ngôn ngữ ưu tiên	Viết	Nói	
[Hatched area]	[Hatched area]	[Hatched area]	

## Bước 2: Cho chúng tôi biết về hộ gia đình của quý vị.

### Đối với những người lớn cần được bảo hiểm:

Điền vào các trang của Bước 2 cho từng người sống trong hộ gia đình của quý vị, ngay cả khi người này đã có bảo hiểm sức khỏe. Thông tin này giúp chúng tôi chắc chắn là mọi người có được bảo hiểm tốt nhất mà họ có thể có được. Lượng trợ giúp hoặc loại chương trình mà quý vị hội đủ điều kiện sẽ tùy theo số người trong hộ gia đình và thu nhập hộ gia đình của quý vị. Nếu quý vị không kể vào người nào, mặc dù họ đã có bảo hiểm sức khỏe, các kết quả về khả năng hội đủ điều kiện của quý vị có thể bị ảnh hưởng.

#### Đối với những người lớn cần được bảo hiểm:

*Bao gồm những người này mặc dù tự họ không làm đơn xin bảo hiểm sức khỏe cho bản thân họ:*

- Bất cứ người phối ngẫu nào
- Bất cứ người con trai hoặc gái dưới 21 tuổi mà họ sống chung, kể cả con cái khác cha hoặc khác mẹ
- Bất cứ người nào khác có cùng trên giấy khai thuế lợi tức liên bang (kể cả bất cứ người con nào trên 21 tuổi có khai trên giấy khai thuế của cha/mẹ). Quý vị không cần phải nộp đơn khai thuế để có được bảo hiểm sức khỏe.

#### Đối với trẻ em dưới 21 tuổi cần có bảo hiểm:

*Bao gồm những người này mặc dù tự họ không làm đơn xin bảo hiểm sức khỏe cho bản thân họ:*

- Bất cứ cha/mẹ (hoặc cha/mẹ kế) mà họ sống chung
- Bất cứ anh chị em nào mà họ sống chung
- Bất cứ con trai hoặc con gái nào mà họ sống chung, bao gồm các con khác cha hay khác mẹ
- Bất cứ người vợ/chồng nào mà họ sống chung
- Bất cứ người nào khác có tên trên cùng giấy khai thuế lợi tức liên bang. Quý vị không cần phải nộp đơn khai thuế để có được bảo hiểm sức khỏe.

### Điền vào Bước 2 cho mỗi người trong hộ gia đình của quý vị.

Bắt đầu với bản thân quý vị, sau đó thêm những người lớn và trẻ em khác. Nếu quý vị có nhiều hơn 2 người trong hộ gia đình mình, quý vị sẽ cần lập một bản sao của các trang và đính kèm các trang này.

Quý vị không cần phải cung cấp thông tin về tình trạng di trú hoặc số An Sinh Xã Hội (SSN) cho các thành viên hộ gia đình nào không cần có bảo hiểm sức khỏe. Chúng tôi sẽ giữ cho mọi thông tin mà quý vị cung cấp được giữ kín và bảo mật, đúng theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi sẽ dùng thông tin cá nhân chỉ để kiểm tra xem quý vị có hội đủ điều kiện để có bảo hiểm sức khỏe hay không.



**Bước 2: NGƯỜI 1** (Bắt đầu về bản thân quý vị).

Tự điền vào Bước 2 cho bản thân mình, người phối ngẫu/người sống chung của quý vị và người phụ thuộc sống chung với quý vị và/hoặc bất cứ ai có tên trên cùng bản khai thuế lợi tức liên bang chung nếu quý vị có nộp khai thuế. Xem trang 1 để biết thêm thông tin về người nào cần được bao gồm trong đó. Nếu quý vị không khai thuế, nên nhớ là vẫn điền thêm cho người nào sống trong hộ gia đình của quý vị.

1. Tên	Tên lót	Ho	Tiếp tố
[Hatched area for name entry]			

2. Quan hệ với NGƯỜI 1? <b>BẢN THÂN</b>	3. Quý vị có lập gia đình không? <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/> Nam	4. Ngày sinh (tháng/ngày/năm) [Hatched area]	5. Giới tính <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/> Nam
--	--	---	--

6. Số An Sinh Xã Hội (SSN) [Hatched area]

**★ Chúng tôi cần Số An Sinh Xã Hội (SSN) nếu quý vị muốn có bảo hiểm sức khỏe và có một số SSN hay sẽ xin được số SSN.** Chúng tôi dùng số SSN để kiểm tra thông tin về thu nhập và các thông tin khác để xem ai là người đủ điều kiện nhận được giúp đỡ chi trả các chi phí bảo hiểm. Để biết thêm thông tin về cách thức có được số SSN, hãy truy cập trang mạng [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov), hoặc gọi An Sinh Xã Hội tại số 1-800-772-1213. Đường dây TTY cho người khiếm thính, xin gọi số 1-800-325-0778.

7. **Quý vị có dự tính khai thuế thu nhập liên bang trong NĂM TỚI hay không?** Quý vị vẫn có thể làm đơn xin bảo hiểm sức khỏe mặc dù quý vị không khai thuế lợi tức liên bang.

**CÓ. Nếu có**, trả lời các mục từ a đến c.  **KHÔNG. Nếu không**, bỏ qua cho tới mục c.

a. Liệu quý vị có nộp đơn khai chung với người phối ngẫu hay không? .....  Có  Không  
**Nếu có**, viết tên của người phối ngẫu: [Hatched area]

b. Liệu quý vị có khai bất cứ người phụ thuộc nào trên giấy khai thuế của mình không? .....  Có  Không  
**Nếu có**, liệt kê (các) tên của những người phụ thuộc: [Hatched area]

c. Liệu quý vị có được nêu là người phụ thuộc trên giấy khai thuế của bất cứ ai không? .....  Có  Không  
**Nếu có**, liệt kê tên của người nộp giấy khai thuế: [Hatched area] Quý vị có quan hệ với người khai thuế như thế nào? [Hatched area]

8. Quý vị hiện có mang thai hay không?.....  Yes  No a. **Nếu có**, dự kiến là có bao nhiêu em bé trong lần mang thai này? [Hatched area]

9. **Quý vị có cần bảo hiểm sức khỏe hay không?** Mặc dù quý vị có bảo hiểm sức khỏe, có thể có một chương trình với sự đãi ngộ tốt hơn hoặc giá hạ hơn.  
 **CÓ. Nếu có**, trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây.  **KHÔNG. Nếu không**, BỎ QUA và trả lời các câu hỏi về thu nhập ở trang 3 Để trống phần còn lại của trang này.

10. Quý vị có vấn đề gì về sức khỏe thể chất, tâm thần, hoặc cảm xúc khiến quý vị bị giới hạn trong các hoạt động (như tắm rửa, mặc quần áo, làm các công việc hàng ngày trong nhà, v.v...), một nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt, hoặc sống tại một cơ sở y tế hoặc nhà điều dưỡng hay không?...  Có  Không

11. Quý vị có phải là **Công dân Hoa Kỳ** hay **Người nhập tịch Hoa Kỳ** không? .....  Có  Không

12. Quý vị có phải là một **công dân nhập tịch** hoặc **nhập tịch theo cha mẹ** không? (Thường là quý vị được sinh ở nước khác ngoài Hoa Kỳ)  
 **CÓ. Nếu có**, điền vào a và b.  **KHÔNG. Nếu không**, tiếp tục tới câu hỏi 13.

a. Số Ngoại kiều - Alien number: [Hatched area]	b. Số Chứng chỉ: [Hatched area]	Sau khi quý vị điền vào a và b, BỎ QUA và tới câu hỏi 14.
--	------------------------------------	---

13. **Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc người nhập tịch Hoa Kỳ**, quý vị có tình trạng di trú đúng điều kiện hợp pháp hay không?  
 **CÓ.** Điền vào loại hồ sơ và số ID. *Xem các chỉ dẫn.*

Loại hồ sơ di trú [Hatched area]	Loại tình trạng di trú (không bắt buộc phải điền) [Hatched area]	Viết tên của quý vị như được in trên hồ sơ di trú của quý vị. [Hatched area]
-------------------------------------	---	---

Số Ngoại kiều hoặc I-94 [Hatched area]	Số thẻ tùy thân hoặc số hộ chiếu [Hatched area]
---	--

SEVIS ID hoặc ngày hết hạn (không bắt buộc) [Hatched area]	Thông tin khác (mã số hạng mục hoặc quốc gia cấp phát) [Hatched area]
---	--

a. Quý vị có từng sống ở Hoa Kỳ kể từ năm 1996 hay không? .....  Có  Không  
b. Quý vị, hoặc người phối ngẫu hoặc cha/mẹ của quý vị, có là cựu quân nhân hoặc thành viên hiện đang làm nhiệm vụ trong quân đội Hoa Kỳ không? .....  Có  Không

14. Quý vị có muốn được giúp trả cho các hoá đơn y tế của 3 tháng qua hay không? .....  Có  Không

15. Quý vị có sống với ít nhất với một đứa trẻ dưới 19 tuổi, và quý vị có phải là người chăm sóc chính cho đứa trẻ này hay không? (Chọn "có" nếu quý vị hoặc người phối ngẫu chăm sóc cho đứa trẻ này) .....  Có  Không

Liệt kê tên và quan hệ của bất cứ đứa trẻ nào dưới 19 tuổi sống chung với quý vị trong gia đình:  
[Hatched area]

16. Quý vị có phải là một học sinh toàn thời gian hay không?.....  Có  Không

17. Quý vị có từng ở viện chăm nuôi foster care từ 18 tuổi trở lên hay không?....  Có  Không

**Tùy chọn:** (Điền vào tất cả những điều áp dụng)

19. Chủng tộc:  Người da trắng  Người Mỹ Da Đen hoặc Gốc Phi Châu  Thổ Dân Mỹ hoặc Người Bản Xứ Alaska  Người Phi Luật Tân  Người Nhật  Người Đại Hàn  Người Ấn Độ  Người Trung Hoa  Người Việt  Người Á Đông Khác  Người Bản Xứ Hawaii  Người Guamanian hoặc Chamorro  Người Samoan  Người Đảo Thái Bình Dương Khác  Khác \_\_\_\_\_

**?** **CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ?** Xin xem trang web [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov). hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi **1-800-318-2596** và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Người dùng TTY có thể gọi số **1-855-889-4325**.



## Bước 2: NGƯỜI 1 (Tiếp tục về bản thân quý vị).

### Thông tin về công việc và thu nhập hiện nay

- Đi làm:** Nếu quý vị hiện đang đi làm, xin cho biết về thu nhập của quý vị. Bắt đầu với mục 20.  **Không đi làm:** Bỏ qua tới mục 30.  **Tự làm chủ:** Bỏ qua tới mục 29.

#### Công việc hiện tại 1:

20. Tên hãng sở

a. Địa chỉ hãng sở (tùy chọn)

b. Thành phố

c. Tiểu bang

d. Số ZIP

21. Số điện thoại của hãng sở

22. Tiền công/tiền tip huê hồng (trước khi trừ thuế)

\$

- Theo giờ  Mỗi tuần  2 tuần một lần  
 Hai lần một tháng  Hàng tháng  Hàng năm

23. Giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

#### Công việc hiện tại 2: (Nếu quý vị có công việc khác và cần thêm chỗ trống, đính kèm một tờ giấy khác)

24. Tên hãng sở

a. Địa chỉ hãng sở (tùy chọn)

b. Thành phố

c. Tiểu bang

d. Số ZIP

25. Số điện thoại của hãng sở

26. Tiền công/tiền tip huê hồng (trước khi trừ thuế)

\$

- Theo giờ  Mỗi tuần  2 tuần một lần  
 Hai lần một tháng  Hàng tháng  Hàng năm

27. Giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

28. Trong năm qua, quý vị có:  Thay đổi công việc làm  Ngưng làm việc  Bắt đầu làm ít giờ hơn  Không điều nào trong số này

29. Nếu tự mình làm chủ, xin trả lời câu a và b:

a. Loại công việc:

b. Thu nhập ròng sau khi trừ các thứ (lợi nhuận Net sau khi các chi phí cho kinh doanh đã được thanh toán) mà quý vị nhận được từ công việc mình tự làm chủ trong tháng này là bao nhiêu? Xem các chỉ dẫn.

\$

30. **Thu nhập khác mà quý vị có được trong tháng này:** Điền vào tất cả những điều áp dụng, và cho biết số tiền và quý vị được lãnh bao lâu một lần. Đánh dấu vào đây nếu không có. **LƯU Ý:** Quý vị không cần cho chúng tôi biết về số tiền thu nhập từ việc cấp dưỡng cho con cái, số tiền trả của cựu quân nhân, hoặc Tiền Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI).

Thất nghiệp

\$  Bao lâu một lần?

Tiền cấp dưỡng (Alimony) nhận được (**Lưu ý:** Chỉ dành cho các vụ ly hôn được hoàn tất trước ngày 1 Tháng Một, 2019.)

\$  Bao lâu một lần?

Hưu bổng

\$  Bao lâu một lần?

Thu nhập ròng (Net) từ nghề nông/nghề cá sau khi trừ các thứ

\$  Bao lâu một lần?

An Sinh Xã Hội

\$  Bao lâu một lần?

Thu nhập ròng (Net) từ tiền cho thuê/phí bản quyền sau khi trừ các thứ

\$  Bao lâu một lần?

Tài khoản Hưu trí

\$  Bao lâu một lần?

Thu nhập khác, loại:

\$  Bao lâu một lần?

31 **Các khoản khấu trừ:** Điền vào tất cả những điều áp dụng, và cho biết số tiền và quý vị phải trả bao lâu một lần. Nếu quý vị trả cho một số điều có thể được khấu trừ trên giấy khai thuế lợi tức liên bang, hãy cho chúng tôi biết về những khoản này để có thể làm cho chi phí bảo hiểm sức khỏe hơi thấp hơn một chút. **LƯU Ý:** Quý vị không nên để vào số tiền mà quý vị trả cho việc nuôi con, hoặc chi phí đã được xét đến trong phần quý vị đã trả lời cho thu nhập net do tự mình làm chủ (câu hỏi 29b).

Tiền cấp dưỡng (Alimony) đã trả (**Lưu ý:** Chỉ dành cho các vụ ly hôn được hoàn tất trước ngày 1 Tháng Một, 2019.)

\$  Bao lâu một lần?

Các khoản khấu trừ khác, loại:

Tiền lãi vay đi học

\$  Bao lâu một lần?

\$  Bao lâu một lần?

32. **Điền vào câu hỏi này nếu thu nhập của quý vị thay đổi trong năm**, ví dụ như quý vị chỉ làm việc một thời gian trong năm hoặc chỉ nhận phúc lợi trong một vài tháng. Nếu quý vị không dự kiến là sẽ có các thay đổi cho thu nhập hàng tháng của mình, bỏ qua cho tới người kế tiếp

Tổng thu nhập của quý vị trong năm nay

\$

Tổng lợi tức của quý vị trong năm tới (nếu quý vị nghĩ là sẽ khác biệt)

\$

Điền vào nếu quý vị nghĩ rằng thu nhập của mình khó dự đoán.

**Xin cảm ơn! Chúng tôi chỉ cần biết về quý vị có bao nhiêu đó thôi**

**?** **CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ?** Xin xem trang web HealthCare.gov. hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi 1-800-318-2596 và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Người dùng TTY có thể gọi số 1-855-889-4325.



**Bước 2: NGƯỜI 1**

Lưu ý: Nếu người này không cần bảo hiểm sức khỏe, chỉ cần trả lời các câu hỏi từ 1-10 trên trang này. Làm bản sao các trang từ 4-5 nếu gia hộ của quý vị có nhiều hơn 2 người.

Điền vào trang này cho người phối ngẫu/người sống chung của quý vị và con cái sống chung với quý vị và/hoặc bất cứ ai có tên trên cùng bản khai thuế lợi tức liên bang chung nếu quý vị có nộp khai thuế. Nếu quý vị không khai thuế, xin hãy nhớ là vẫn điền thêm cho thành viên trong hộ gia đình sống chung với quý vị. Xem trang 1 để biết thêm thông tin về người nào cần được bao gồm trong đó.

1. Tên	Tên lót	Ho	Tiếp tố

2. Quan hệ với NGƯỜI 1? <i>Xem các chỉ dẫn.</i>	3. NGƯỜI 2 có kết hôn hay không? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không	4. Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	5. Giới tính <input type="radio"/> Nữ <input type="radio"/> Nam

6. Số An Sinh Xã Hội (SSN)

**★ Chúng tôi cần thông tin này nếu quý vị muốn có bảo hiểm sức khỏe cho NGƯỜI 2, và NGƯỜI 2 đã có SSN.**

7. NGƯỜI 2 có sống cùng địa chỉ với NGƯỜI 1 hay không? .....  Có  Không  
**Nếu không**, cho biết địa chỉ:

**8. NGƯỜI 2 có dự tính khai thuế thu nhập liên bang trong NĂM TỚI hay không?** (*Quý vị vẫn có thể làm đơn xin bảo hiểm sức khỏe mặc dù NGƯỜI 2 không khai thuế lợi tức liên bang.*)

- CÓ. Nếu có**, trả lời các mục từ a đến c.  **KHÔNG. Nếu không**, bỏ qua cho tới mục c.
- a. Liệu NGƯỜI 2 có nộp đơn khai chung với người phối ngẫu hay không? .....  Có  Không  
**Nếu có**, viết tên của người phối ngẫu:
- b. Liệu NGƯỜI 2 có khai bất cứ người phụ thuộc nào trên giấy khai thuế của họ không? .....  Có  Không  
**Nếu có**, liệt kê (các) tên của những người phụ thuộc:
- c. Liệu NGƯỜI 2 có được nêu là người phụ thuộc trên giấy khai thuế của bất cứ ai không? .....  Có  Không  
**Nếu có**, liệt kê tên của người nộp giấy khai thuế:  NGƯỜI 2 có quan hệ với người khai thuế như thế nào?

9. NGƯỜI 2 hiện có mang thai hay không? .....  Yes  No a. **Nếu có**, dự kiến là có bao nhiêu em bé trong lần mang thai này?

10. **NGƯỜI 2 có cần bảo hiểm sức khỏe không?** (*Mặc dù NGƯỜI 2 có bảo hiểm sức khỏe, có thể có một chương trình với sự đài thọ tốt hơn hoặc giá hạ hơn.*)  
 **CÓ. Nếu có**, trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây.  **KHÔNG. Nếu không**, BỎ QUA và trả lời các câu hỏi về thu nhập ở trang 5 Để trống phần còn lại của trang này.

11. NGƯỜI 2 có vấn đề gì về thể chất, tâm thần, hoặc cảm xúc khiến bị giới hạn trong các hoạt động (như tắm rửa, mặc quần áo, làm các công việc hàng ngày trong nhà, v.v...), một nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt, hoặc sống tại một cơ sở y tế hoặc nhà điều dưỡng hay không? .....  Có  Không

12. NGƯỜI 2 có phải là **Công dân Hoa Kỳ** hay **Người nhập tịch Hoa Kỳ** không? .....  Có  Không

13. NGƯỜI 2 có phải là một **công dân nhập tịch** hoặc **nhập tịch theo cha mẹ** không? (*Thường là người này được sinh ở nước khác ngoài Hoa Kỳ*)  
 **CÓ. Nếu có**, điền vào a và b.  **KHÔNG. Nếu không**, tiếp tục tới câu hỏi 14.

a. Số Ngoại kiều - Alien number

b. Số Chứng chỉ

Sau khi quý vị điền vào a và b, BỎ QUA và tới câu hỏi 15.

14. **Nếu NGƯỜI 2 không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc người nhập tịch Hoa Kỳ**, NGƯỜI 2 có tình trạng di trú đúng điều kiện hợp pháp hay không?  
 **CÓ.** Điền vào loại hồ sơ và số ID. *Xem các chỉ dẫn*

Loại hồ sơ di trú: <input style="width: 100%; background-color: #cccccc;" type="text"/>	Loại tình trạng di trú (không bắt buộc phải điền): <input style="width: 100%; background-color: #cccccc;" type="text"/>	Viết tên của NGƯỜI 2 như được in trên hồ sơ di trú của NGƯỜI 2. <input style="width: 100%; background-color: #cccccc;" type="text"/>
--	--	---

Số Ngoại kiều hoặc I-94 <input style="width: 100%; border: 1px solid black; background-color: #cccccc;" type="text"/>	Số thẻ tùy thân hoặc số hộ chiếu <input style="width: 100%; border: 1px solid black; background-color: #cccccc;" type="text"/>
SEVIS ID hoặc ngày hết hạn (không bắt buộc) <input style="width: 100%; border: 1px solid black; background-color: #cccccc;" type="text"/>	Thông tin khác (mã số hạng mục hoặc quốc gia cấp phát) <input style="width: 100%; border: 1px solid black; background-color: #cccccc;" type="text"/>

a. NGƯỜI 2 có từng sống ở Hoa Kỳ kể từ năm 1996 hay không? .....  Có  Không  
b. NGƯỜI 2, hoặc người phối ngẫu hoặc cha/mẹ của NGƯỜI 2, có là cựu quân nhân hoặc thành viên hiện đang làm nhiệm vụ trong quân đội Hoa Kỳ không? .....  Có  Không

15. NGƯỜI 2 có muốn được giúp trả cho các hoá đơn y tế của 3 tháng qua hay không? .....  Có  Không

16. NGƯỜI 2 có sống với ít nhất với một đứa trẻ dưới 19 tuổi, và NGƯỜI 2 có phải là người chăm sóc chính cho đứa trẻ này hay không?  
*(Điền vào "có" nếu NGƯỜI 2 hoặc người phối ngẫu của NGƯỜI 2 chăm sóc cho đứa trẻ này).* .....  Có  Không

17. Cho chúng tôi biết tên và quan hệ của bất cứ đứa trẻ nào dưới 19 tuổi sống chung với NGƯỜI 2 trong gia đình: (*Những trẻ này có thể là trùng với các trẻ em đã nêu ở trang 2*)

NGƯỜI 2 có từng ở viện chăm nuôi foster care từ 18 tuổi trở lên hay không? .....  Có  Không

**Xin trả lời các câu hỏi sau đây nếu tuổi của NGƯỜI 2 từ 22 tuổi trở xuống:**

18. NGƯỜI 2 có bảo hiểm qua một công việc làm và bị mất bảo hiểm này trong vòng 3 tháng qua hay không? .....  Có  Không  
a. **Nếu có**, ngày chấm dứt:  b. Lý do bảo hiểm chấm dứt:

19. NGƯỜI 2 có phải là một học sinh toàn thời gian hay không? .....  Có  Không

**Tùy chọn:** (*Điền vào tất cả những điều áp dụng*)

21. **Chủng tộc:**  Người da trắng  Người Mỹ Da Đen hoặc Gốc Phi Châu  Thổ Dân Mỹ hoặc Người Bản Xứ Alaska  Người Phi Luật Tân  Người Nhật  Người Đại Hàn  Người Ấn Độ  Người Trung Hoa  Người Việt  Người Á Đông Khác  Người Bản Xứ Hawaii  Người Guamanian hoặc Chamorro  Người Samoan  Người Đảo Thái Bình Dương Khác  Khác

**?** **CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ?** Xin xem trang web HealthCare.gov. hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi **1-800-318-2596** và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Người dùng TTY có thể gọi số **1-855-889-4325**.





**Bước 2: NGƯỜI 2**

Cho chúng tôi biết về bất cứ thu nhập nào mà NGƯỜI 2 có được.  
Điền vào trang này ngay cả khi NGƯỜI 2 không cần bảo hiểm sức khỏe

**Thông tin về công việc và thu nhập hiện nay**

- Đi làm:** Nếu NGƯỜI 2 hiện đang đi làm, xin cho biết về thu nhập của NGƯỜI 2. Bắt đầu với mục 22.  **Không đi làm:** Bỏ qua tới mục 32.  **Tự làm chủ:** Bỏ qua tới mục 31.

**Công việc hiện tại 1:**

22. Tên hãng sở

a. Địa chỉ hãng sở (tùy chọn)

b. Thành phố c. Tiểu bang d. Số ZIP 23. Số điện thoại của hãng sở

24. Tiền công/tiền tip huê hồng (trước khi trừ thuế) Theo giờ Mỗi tuần 2 tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm \$ 25. Giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

**Công việc hiện tại 2:** (Nếu NGƯỜI 2 có công việc khác và cần thêm chỗ trống, đính kèm một tờ giấy khác).

26. Tên hãng sở

a. Địa chỉ hãng sở (tùy chọn)

b. Thành phố c. Tiểu bang d. Số ZIP 27. Số điện thoại của hãng sở

28. Tiền công/tiền tip huê hồng (trước khi trừ thuế) Theo giờ Mỗi tuần 2 tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng Hàng năm \$ 29. Giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

30. Trong năm qua, liệu NGƯỜI 2 có: Thay đổi công việc làm Ngưng làm việc Bắt đầu làm ít giờ hơn Không điều nào trong số này

**31 Nếu NGƯỜI 2 tự mình làm chủ, trả lời câu a và b:**

- a. Loại công việc:
- b. Thu nhập ròng sau khi trừ các thứ (lợi nhuận Net sau khi các chi phí cho kinh doanh đã được thanh toán) mà NGƯỜI 2 nhận được từ công việc mình tự làm chủ trong tháng này là bao nhiêu? Xem các chỉ dẫn. \$

**32. Lợi tức khác mà NGƯỜI 2 nhận được trong tháng này:** Điền vào tất cả những điều áp dụng, và cho biết số tiền và NGƯỜI 2 nhận được bao lâu một lần. Đánh dấu vào đây nếu không có. **LƯU Ý:** NGƯỜI 2 không cần cho chúng tôi biết về số tiền thu nhập từ việc cấp dưỡng cho con cái, số tiền trả của cựu quân nhân, hoặc Tiền Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI).

<input type="radio"/> Thất nghiệp \$ Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Tiền cấp dưỡng (Alimony) nhận được (Lưu ý: Chỉ dành cho các vụ ly hôn được hoàn tất trước ngày 1 Tháng Một, 2019.) \$ Bao lâu một lần?
<input type="radio"/> Hưu bổng \$ Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Thu nhập ròng (Net) từ nghề nông/nghề cá sau khi trừ các thứ \$ Bao lâu một lần?
<input type="radio"/> An Sinh Xã Hội \$ Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Thu nhập ròng (Net) từ tiền cho thuê/phí bản quyền sau khi trừ các thứ \$ Bao lâu một lần?
<input type="radio"/> Tài khoản Hưu trí \$ Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Thu nhập khác, loại: \$ Bao lâu một lần?

**33. Các khoản khấu trừ:** Điền vào tất cả những điều áp dụng, và cho biết số tiền và NGƯỜI 2 nhận được bao lâu một lần. Nếu NGƯỜI 2 trả cho một số điều có thể được khấu trừ trên giấy khai thuế lợi tức liên bang, hãy cho chúng tôi biết về những khoản này để có thể làm cho chi phí bảo hiểm sức khỏe hơi thấp hơn một chút. **LƯU Ý:** Quý vị không nên để vào số tiền mà NGƯỜI 2 trả cho việc nuôi con, hoặc chi phí đã được xét đến trong phần quý vị đã trả lời cho thu nhập ròng net do tự mình làm chủ (câu hỏi 31b)..

<input type="radio"/> Tiền cấp dưỡng (Alimony) đã trả (Lưu ý: Chỉ dành cho các vụ ly hôn được hoàn tất trước ngày 1 Tháng Một, 2019.) \$ Bao lâu một lần?	<input type="radio"/> Các khoản khấu trừ khác, loại: \$ Bao lâu một lần?
<input type="radio"/> Tiền lãi vay đi học \$ Bao lâu một lần?	

**34. Điền vào câu hỏi này nếu thu nhập của NGƯỜI 2 thay đổi trong năm,** ví dụ như NGƯỜI 2 chỉ làm việc một thời gian trong năm hoặc chỉ nhận phúc lợi trong một vài tháng. Nếu quý vị không dự kiến là sẽ có các thay đổi cho thu nhập hàng tháng của NGƯỜI 2, bỏ qua cho tới người kế tiếp

Tổng thu nhập của NGƯỜI 2 trong năm nay \$ Tổng thu nhập của NGƯỜI 2 trong năm tới \$  Điền vào nếu quý vị nghĩ rằng thu nhập của mình khó dự đoán.

**Xin cảm ơn! Chúng tôi chỉ cần biết về NGƯỜI 2 có bao nhiêu đô thôi**



### Bước 3: (Những) Thành viên hộ gia đình Thổ Dân Mỹ hoặc Người Bản Xứ Alaska (AI/AN)

1. Liệu quý vị hay ai trong hộ gia đình của mình là người Thổ Dân Mỹ hoặc Người Bản Xứ Alaska không?

- KHÔNG.** Nếu không, tiếp tục tới Bước 4.  **CÓ.** Nếu có, tiếp tục tới Bước 4, đồng thời điền Phụ Lục B và nộp kèm với mẫu đơn này.

### Bước 4: Bảo Hiểm Sức khỏe cho hộ gia đình quý vị

1. Có ai trong đơn đăng ký này được xác định là không hợp lệ cho Chương trình Trợ cấp y tế Medicaid hoặc Chương trình bảo hiểm sức khỏe cho trẻ em (CHIP) trong 90 ngày qua không?

(Chọn Có chỉ khi có ai đó được cho là không đủ điều kiện để được bảo hiểm của tiểu bang, không phải với Marketplace.) .....  Có  Không

Ai?  Ngày:

Hoặc, có ai trong đơn đăng ký này đã được cho là không đủ điều kiện nhận Trợ cấp y tế Medicaid hoặc Chương trình bảo hiểm sức khỏe cho trẻ em (CHIP) do tình trạng cư trú của họ trong 5 năm vừa qua? .....  Có  Không

Ai?

Có ai trong đơn đăng ký này đã làm đơn xin bảo hiểm trong Thời Kỳ Mở Cửa Ghi Danh Marketplace hoặc sau một sự kiện đủ điều kiện bảo hiểm không? .....  Có  Không

Ai?

2. Có bất cứ ai được nêu trên đơn xin có bảo hiểm sức khỏe từ một công việc làm hay không? Đánh dấu vào là có mặc dù bảo hiểm là từ công việc làm của một người nào khác, như cha/mẹ hoặc người phối ngẫu, ngay cả khi họ không nhận bảo hiểm. Chọn không nếu chỉ nhận được duy nhất bảo hiểm COBRA.

- CÓ.** Tiếp tục và sau đó điền vào Phụ lục A.  **KHÔNG**

Nếu có, đây có phải là chương trình quyền lợi cho nhân viên của tiểu bang không?

Có người nào được liệt kê trong đơn đăng ký nhận được Thỏa thuận Hoàn trả Chi phí Y tế (HRA) của bảo hiểm cá nhân hoặc HRA của Chủ lao động Nhỏ Đủ điều kiện (QSEHRA) không? .....  Có  Không

3. Hiện tại, có bất cứ ai đang có bảo hiểm sức khỏe không?

- CÓ.** Nếu có, tiếp tục tới câu hỏi 6.  **KHÔNG.** Nếu không, BỎ QUA và tiếp tục tới Bước 5.

4. Thông tin về bảo hiểm sức khỏe hiện có (Làm một bản sao của trang này nếu hiện đang có hơn 2 người được bảo hiểm sức khỏe.)

Ghi ra loại bảo hiểm, như bảo hiểm của hãng sỡ, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, chương trình chăm sóc sức khỏe VA, Peace Corps, hoặc bảo hiểm khác (Đừng kê khai cho chúng tôi về TRICARE nếu quý vị có Direct Care hoặc Line of Duty.)

<b>NGƯỜI 1:</b>	Tên người đã có bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/>	
	Loại bảo hiểm: <input type="radio"/> Bảo hiểm của hãng sỡ <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Trợ cấp y tế Medicaid <input type="radio"/> CHIP <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> Chương trình chăm sóc sức khỏe VA health care program <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Khác	
	Nếu là bảo hiểm của hãng sỡ: (Quý vị cũng sẽ cần điền vào Phụ lục A). Tên công ty cung cấp bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/> Số Hợp Đồng/Policy/ID <input type="text"/>	
	Nếu đó là một loại bảo hiểm khác: <input type="radio"/> Điền vào đây nếu là bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Tên công ty cung cấp bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/> Số Hợp Đồng/Policy/ID <input type="text"/>	
Đây có phải là chương trình phúc lợi giới hạn, ví dụ như hợp đồng bảo hiểm tai nạn của nhà trường hay không? ..... <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		

<b>NGƯỜI 2:</b>	Tên người đã có bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/>	
	Loại bảo hiểm: <input type="radio"/> Bảo hiểm của hãng sỡ <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Trợ cấp y tế Medicaid <input type="radio"/> CHIP <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> Chương trình chăm sóc sức khỏe VA health care program <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Khác	
	Nếu là bảo hiểm của hãng sỡ: (Quý vị cũng sẽ cần điền vào Phụ lục A). Tên công ty cung cấp bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/> Số Hợp Đồng/Policy/ID <input type="text"/>	
	Nếu đó là một loại bảo hiểm khác: <input type="radio"/> Điền vào đây nếu là bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Tên công ty cung cấp bảo hiểm sức khỏe <input type="text"/> Số Hợp Đồng/Policy/ID <input type="text"/>	
Đây có phải là chương trình phúc lợi giới hạn, ví dụ như hợp đồng bảo hiểm tai nạn của nhà trường hay không? ..... <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không		



## Bước 5: Thoả thuận & Chữ ký của quý vị

1. Do Quý vị có đồng ý cho phép Marketplace được sử dụng các dữ liệu về thu nhập, bao gồm thông tin từ giấy khai thuế, cho 5 năm tới hay không? .....  Có  Không

Để tạo sự dễ dàng hơn trong việc quyết định về khả năng hội đủ điều kiện để được giúp trả cho bảo hiểm trong những năm sau này, tôi đồng ý cho phép Marketplace được dùng các dữ liệu về thu nhập của mình, bao gồm thông tin từ bản khai thuế. Marketplace sẽ gửi một thông báo và cho quý vị chỉnh sửa thay đổi. The Marketplace sẽ kiểm tra để chắc chắn là quý vị vẫn hội đủ điều kiện, và có thể yêu cầu quý vị xác nhận là thu nhập của quý vị vẫn hội đủ điều kiện. Quý vị có thể bỏ chọn cách này vào bất cứ lúc nào.

**Nếu không**, tự động cập nhật cho thông tin của tôi trong các năm tới đây:  5 năm  4 năm  3 năm  2 năm  1 năm

Không dùng các dữ liệu thuế của tôi để gia hạn khả năng hội đủ điều kiện được giúp trả cho bảo hiểm sức khoẻ. (chọn mục này có thể ảnh hưởng tới khả năng của quý vị nhận được trợ giúp trả cho bảo hiểm vào lúc gia hạn).

2. Liệu có bất cứ ai làm đơn xin bảo hiểm sức khoẻ trên đơn này bị giam giữ (bị nhốt hoặc bị tù)? .....  Có  Không

**Nếu có**, cho chúng tôi biết tên người này. Tên của người bị giam giữ là:

Điền vào đây nếu người này hiện đang phải đối diện với các bản án.

Nếu bất kỳ cá nhân nào trong đơn đăng ký của quý vị được ghi danh bảo hiểm với Marketplace và sau đó được phát hiện có bảo hiểm y tế đủ điều kiện khác (như Medicare, Medicaid hoặc CHIP), Marketplace sẽ tự động kết thúc phạm vi bảo hiểm trong chương trình Marketplace của họ. Điều này sẽ giúp đảm bảo rằng bất kỳ cá nhân nào được phát hiện có phần bảo hiểm đủ điều kiện khác sẽ không được ghi danh tiếp tục cho phạm vi bảo hiểm của Marketplace và phải trả toàn bộ chi phí.

- Tôi đồng ý cho phép Marketplace chấm dứt phạm vi bảo hiểm từ Thị Trường của những người trên đơn của tôi trong tình huống này.
- Tôi không cho phép Marketplace chấm dứt phạm vi bảo hiểm từ Thị Trường trong tình huống này. Tôi hiểu rằng những người bị ảnh hưởng trong đơn đăng ký của tôi sẽ không còn đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính và phải trả toàn bộ chi phí cho gói chương trình Marketplace của họ.

### Nếu có bất cứ người nào trên đơn xin này hội đủ điều kiện hưởng Medicaid:

- Tôi cho cơ quan Medicaid quyền được theo đuổi và thu nhận tiền từ các cơ quan bảo hiểm sức khỏe khác, từ các cuộc đàm xếp pháp lý, hoặc các nhóm thứ ba khác. Tôi cũng cho cơ quan Medicaid quyền được theo đuổi và nhận tiền cấp dưỡng y tế từ người phối ngẫu hoặc cha mẹ.
- Có bất cứ trẻ em nào trên đơn xin này có cha mẹ sống bên ngoài nhà hay không? .....  Có  Không
- Nếu có, tôi biết là mình sẽ được yêu cầu hợp tác với cơ quan thu nhận tiền cấp dưỡng y tế từ cha/mẹ vắng mặt. Nếu tôi nghĩ rằng việc hợp tác để thu nhận tiền cấp dưỡng y tế sẽ gây hại cho tôi hoặc các con tôi, tôi có thể cho Medicaid biết và tôi có thể không cần phải hợp tác.
- Tôi ký tên vào đơn xin này chiếu theo hình phạt về tội khai man, nghĩa là tôi đã cung cấp các trả lời chân thực cho mọi câu hỏi trên mẫu đơn này theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi biết rằng tôi có thể bị trừng phạt theo luật liên bang nếu có tình cung cấp thông tin giả dối hoặc không đúng sự thật.
- Tôi biết rằng tôi phải báo cho Bảo Hiểm Sức Khỏe Marketplace (Health Insurance Marketplace®) biết trong vòng 30 ngày nếu có bất cứ sự thay đổi nào (và khác với) những điều mà tôi đã viết trên đơn xin này. Tôi có thể vào trang mạng [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) hoặc gọi số **1-800-318-2596** để báo cáo về các thay đổi. Tôi hiểu rằng một sự thay đổi về thông tin của tôi có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện của (các) thành viên trong gia đình của tôi.
- Tôi biết rằng theo luật liên bang, không được phép kỳ thị trên nền tảng chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi, khuynh hướng tình dục, nhận dạng giới tính, hoặc khuyết tật. Tôi có thể làm khiếu nại về sự kỳ thị qua việc vào trang mạng [hhs.gov/ocr/office/file](http://hhs.gov/ocr/office/file).
- Tôi biết rằng thông tin trên mẫu đơn này sẽ chỉ được sử dụng để xác định về khả năng hội đủ điều kiện cho bảo hiểm sức khỏe, giúp trả cho bảo hiểm (nếu có yêu cầu), và nhằm các mục đích hợp pháp của Marketplace và các chương trình trợ giúp chi trả bảo hiểm.

Chúng tôi cần có thông tin này để xét liệu quý vị có khả năng hội đủ điều kiện được trợ giúp chi trả bảo hiểm sức khỏe nếu quý vị quyết định nộp đơn. Chúng tôi sẽ kiểm tra các câu trả lời của quý vị qua việc dùng thông tin trong cơ sở dữ liệu bằng điện tử của mình và các cơ sở dữ liệu từ Sở Thuế Vụ (IRS), An Sinh Xã Hội, Bộ Nội An, và/hoặc cơ quan báo cáo khách hàng. Nếu thông tin không trùng khớp, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị gửi bằng chứng cho chúng tôi.

### Tôi nên làm gì nếu nghĩ rằng thông báo về khả năng hội đủ điều kiện của tôi là sai lầm?

Nếu quý vị không đồng ý với mức mà quý vị đủ điều kiện hưởng, đa phần, quý vị có thể xin kháng cáo/khiếu nại. Hãy xem lại Thông báo về Tình trạng Hội đủ Điều kiện của quý vị để tìm các chỉ dẫn kháng nghị cụ thể cho mỗi người trong hộ gia đình của quý vị, kể cả thời hạn bao nhiêu ngày quý vị phải yêu cầu kháng nghị. Dưới đây là thông tin quan trọng cần xét đến khi làm yêu cầu khiếu nại:

- Quý vị có thể nhờ một người nào đó yêu cầu khiếu nại cho mình hoặc tham gia cùng nếu muốn. Người này có thể là bạn bè, người bà con, luật sư, hoặc cá nhân khác. Hoặc là quý vị có thể tự yêu cầu và tự tham gia quá trình khiếu nại.
- Nếu yêu cầu khiếu nại, quý vị có thể vẫn giữ được khả năng hội đủ điều kiện cho bảo hiểm trong thời gian chờ quá trình khiếu nại.
- Kết quả khiếu nại có thể thay đổi khả năng hội đủ điều kiện của các thành viên khác trong gia đình quý vị.

Để khiếu nại các kết quả về khả năng hội đủ điều kiện cho Marketplace của quý vị, xin sử dụng trang mạng [HealthCare.gov/marketplace-appeals/](http://HealthCare.gov/marketplace-appeals/). Hoặc gọi tổng đài Marketplace Call Center ở số **1-800-318-2596**. Người dùng TTY có thể gọi số **1-855-889-4325**. Quý vị cũng có thể gửi mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư để xin yêu cầu khiếu nại tới **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Quý vị có thể khiếu nại về khả năng hội đủ điều kiện mua bảo hiểm sức khỏe qua Marketplace, về thời kỳ ghi danh, về tín điểm thuế, các khấu trừ về chia sẻ chi phí, Medicaid, và CHIP, nếu như quý vị bị từ chối những điều này. Nếu quý vị hội đủ điều kiện cho tín điểm thuế hoặc các khấu trừ về chia sẻ chi phí, quý vị có thể kháng cáo về mức tiền mà chúng tôi xác định là hợp lệ cho quý vị. Tùy theo tiểu bang của quý vị, quý vị có thể khiếu nại qua Marketplace hoặc quý vị có thể phải yêu cầu khiếu nại lên cơ quan Medicaid hoặc CHIP của tiểu bang.

**NGƯỜI 1 nên ký vào đơn xin này.** Nếu quý vị là một đại diện được ủy quyền, thì quý vị có thể ký vào đây miễn là NGƯỜI 1 ký vào Phụ Lục C.

Ký tên	Ngày ký (tháng/ngày/năm)

Nếu quý vị ký vào đơn xin này ngoài thời kỳ Mở Ra cho Ghi Danh (trong khoảng thời gian từ ngày 1 Tháng Mười Một đến ngày 15 Tháng Một), phải chắc chắn là quý vị duyệt qua Phụ lục D (“Các câu hỏi về thay đổi trong đời sống”).





## Bước 6: Gửi đơn đã điền



Gửi đơn có chữ ký của quý vị tới:

**Health Insurance Marketplace**  
**Dept. of Health and Human Services**  
**Attn: Appeals, 465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0001**



Nếu quý vị muốn đăng ký để bỏ phiếu, quý vị có thể điền vào đơn đăng ký của cử tri tại trang mạng [eac.gov](http://eac.gov).

## Nhận Trợ giúp với một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Chương trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Marketplace, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số **1-800-318-2596**.

Dưới đây là danh sách các ngôn ngữ sẽ được hỗ trợ và nội dung cung cấp ở trên bằng các ngôn ngữ này:

### Español (Spanish)

Si usted o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, tiene derecho a obtener ayuda e información gratis en su idioma. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-318-2596.

### 中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

### tiếng Việt (Vietnamese)

Nếu quý vị, hoặc ai đó đang được quý vị giúp đỡ, có câu hỏi về Health Insurance Marketplace®, quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên gọi số 1-800-318-2596.

### 한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace®)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

### العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

### Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace®), rele 1-800-318-2596.

### Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace®, tumawag sa 1-800-318-2596.



**CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ?** Xin xem trang web [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov). hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi **1-800-318-2596** và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Người dùng TTY có thể gọi số **1-855-889-4325**.

**Nhận Trợ giúp với một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh (Tiếp tục)****Polski (Polish)**

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

**Русский (Russian)**

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace® (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

**Français (French)**

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

**Deutsch (German)**

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

**ગુજરાતી (Gujarati)**

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કોલ કરો 1-800-318-2596

**Português (Portuguese)**

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

**Italiano (Italian)**

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace®), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596.

**日本語 (Japanese)**

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplace®に問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。

**Tuyên Bối về Đạo Luật PRA:** Theo Đạo Luật Giảm Thiểu Công Việc Giấy Tờ (PRA) 1995, không người nào bị bắt buộc phải đáp ứng với việc thu thập thông tin trừ khi có cho thấy số hồ sơ kiểm sát OMB còn hiệu lực. Số kiểm soát OMB còn hiệu lực cho việc thu thập thông tin này là 0938-1191. Thời gian cần để hoàn tất việc thu thập thông tin này được ước lượng trung bình là 45 phút cho mỗi câu trả lời, bao gồm thời gian xem xét các chỉ dẫn, truy tìm các nguồn tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập các dữ liệu cần thiết, và hoàn tất và duyệt qua việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có các góp ý liên quan tới sự chính xác của (các) ước lượng về thời gian hoặc các đề nghị cải thiện cho mẫu đơn này, xin viết gửi cho: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**?** **CẦN ĐƯỢC GIÚP ĐỠ VỀ ĐƠN XIN CỦA QUÝ VỊ?** Xin xem trang web HealthCare.gov. hoặc gọi cho chúng tôi ở số 1-800-318-2596. Nếu quý vị cần được giúp đỡ bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh, hãy gọi **1-800-318-2596** và nói cho nhân viên dịch vụ khách hàng biết ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ có sự giúp đỡ cho quý vị miễn phí. Người dùng TTY có thể gọi số **1-855-889-4325**.



## Phụ lục A: Bảo Hiểm Sức Khỏe từ Công Việc Làm

Quý vị **KHÔNG** cần trả lời cho các câu hỏi này trừ khi có người nào trong gia đình hội đủ điều kiện hưởng bảo hiểm sức khỏe từ công việc làm, mặc dù họ không nhận bảo hiểm. Quý vị cũng không cần phải trả lời những câu hỏi này nếu một người nào đó chỉ nhận được duy nhất bảo hiểm COBRA. Đính kèm một bản sao của trang này cho mỗi công việc có đài thọ bảo hiểm.

### Cho chúng tôi biết về công việc có đài thọ bảo hiểm.

Làm một bản sao của trang này và đem nó đến hãng sở có đài thọ bảo hiểm để giúp quý vị trả lời cho những câu hỏi này.

#### Thông tin về nhân viên

1. Tên nhân viên (Tên, Tên Lót, Họ)	2. Số An Sinh Xã Hội Của Nhân Viên (SSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Thông tin về hãng sở

3. Tên hãng sở/công ty	
<input type="text"/>	
4. Số Nhận Dạng Hãng Sở (EIN)	5. Số điện thoại của hãng sở
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Bây giờ, nhập thông tin của người hoặc bộ phận quản lý phúc lợi cho nhân viên. Chúng tôi có thể liên lạc với người này nếu chúng tôi cần thêm thông tin:

6. Nhân viên hoặc văn phòng chúng tôi có thể liên hệ để hỏi về bảo hiểm sức khỏe của nhân viên		
<input type="text"/>		
7. Địa chỉ Hãng sở (Marketplace có thể gửi thông báo đến địa chỉ này)		
<input type="text"/>		
8. Thành phố	9. Bang	10. Số ZIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Số điện thoại (nếu khác với ở trên)	12. Địa chỉ Email	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

13. Người lao động có được chủ lao động này cung cấp bảo hiểm y tế không? Chỉ chọn "có" nếu họ sẽ nhận được bảo hiểm kể từ đầu tháng tới hoặc kể từ ngày 1 Tháng Một nếu đăng ký trong thời gian Ghi danh Mở.

**CÓ** (Tiếp tục)  **KHÔNG** (**HÃNG SỞ:** DỪNG tại đây và đưa đơn này lại cho người nhân viên. **NHÂN VIÊN:** trở lại với đơn xin bảo hiểm Marketplace.)

**Liệu hãng sở có cung cấp bảo hiểm sức khỏe cho vợ hoặc chồng của nhân viên này hoặc người phụ thuộc?**

**CÓ.** Nếu có, là người nào?  Vợ hoặc chồng  (Những) người phụ thuộc  **KHÔNG** (Đi tới câu hỏi 14).

**Liệt kê tên của bất cứ người nào khác trong hộ gia đình của nhân viên được hưởng bảo hiểm từ công việc này.**

Tên

Tên

Tên

tiếp tục qua trang kế tiếp

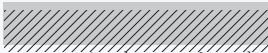
**Cho chúng tôi biết về chương trình sức khỏe mà hãng sở này cung cấp.**

14. Hãng sở có cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn về giá trị tối thiểu hay không\*?

**CÓ** (Đi tới câu hỏi 15)  **KHÔNG** (DỪNG TẠI ĐÂY và đưa đơn này lại cho người nhân viên).

15. Nhân viên phải đóng ít nhất là bao nhiêu cho chương trình rẻ nhất họ được hưởng mà đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu\* Đừng kể vào chương trình bảo hiểm dành cho gia đình. **LƯU Ý:** Nếu hãng sở có các chương trình bảo hiểm lành mạnh (wellness programs), điền số tiền bảo phí mà nhân viên sẽ trả nếu nhân viên này được giảm giá tối đa cho các chương trình cai thuốc lá, và chưa nhận được bất cứ cách giảm giá nào từ wellness programs.

a. Nhân viên phải đóng bảo phí là: \$



**LƯU Ý:** Điền số tiền nhân viên phải đóng ít nhất để được bảo hiểm sức khỏe.

b. Nhân viên phải đóng số tiền này:  Mỗi tuần  2 tuần một lần  Một tháng hai lần  Một tháng một lần  Mỗi quý 3 tháng  Hàng năm

**LƯU Ý:** Nếu phí bảo hiểm thay đổi, hãy quay lại và cập nhật đơn đăng ký của quý vị.

\* Một chương trình bảo hiểm sức khỏe đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu khi bảo hiểm chi trả 60% tổng chi phí dịch vụ y tế cho nhóm dân số chuẩn và cung cấp phần đài thọ chính cho các dịch vụ tại bệnh viện và bác sĩ. Đa số các chương trình sức khỏe mà hãng sở cung cấp đều đáp ứng tiêu chuẩn giá trị tối thiểu..





## Phụ lục B

---





## Phụ lục C: Giúp đỡ điền đơn xin này

### Chỉ dành cho các cố vấn đơn xin được chứng nhận, người hướng dẫn, đại lý, và hoặc người môi giới

Điền vào phần này nếu quý vị là một cố vấn về đơn xin được chứng nhận, người hướng dẫn, đại lý, hoặc người môi giới điền vào đơn xin này cho một người nào khác.

1. Ngày bắt đầu đơn xin (tháng/ngày/năm)	
<input type="text"/>	
2. Tên, Tên Lót, Họ, & Tiếp Tố	
<input type="text"/>	
3. Tên tổ chức	
<input type="text"/>	
4. Số ID (nếu áp dụng)	5. Chỉ dành cho các Đại lý/Người môi giới: Số NPN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Quý vị có thể chọn một đại diện được ủy quyền.

Quý vị có thể cho phép người được ủy quyền bàn về đơn xin này với chúng tôi, xem thông tin của quý vị, và hành động thay mặt cho quý vị những vấn đề có liên quan tới đơn xin này, bao gồm việc lấy thông tin về đơn xin của quý vị và ký tên vào đơn xin thay mặt cho quý vị. Người này được gọi là "đại diện được ủy quyền" (authorized representative). Nếu quý vị cần thay đổi đại diện được ủy quyền của mình, xin liên lạc với Marketplace. Nếu quý vị là một đại diện được ủy quyền hợp pháp cho một người nào đó trên đơn xin này, xin nộp bằng chứng cùng với đơn xin.

1. Tên của đại diện được phép (Tên, Tên Lót, Họ)			
<input type="text"/>			
2. Địa Chỉ		3. Địa chỉ nhà 2	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Thành phố		5. Bang	6. Số ZIP
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Số điện thoại			
<input type="text"/>			
8. Tên tổ chức			
<input type="text"/>			
9. Số ID (nếu áp dụng)			
<input type="text"/>			

Qua việc ký tên, quý vị cho phép người này ký vào đơn xin của mình, lấy thông tin chính thức về đơn xin này, và hành động thay cho quý vị về tất cả các vấn đề trong tương lai có liên quan tới đơn xin này

10. Chữ ký của NGƯỜI 1 có nêu trong đơn xin này	11. Ngày ký (tháng/ngày/năm)
<input type="text"/>	<input type="text"/>





## Phụ lục D: Các câu hỏi về những thay đổi trong đời sống

**(Quý vị phải điền vào phần còn lại của đơn xin này cùng với trang này. Không nộp trang này một mình.)**

Nếu bất cứ ai trong đơn xin này trải qua một số thay đổi trong cuộc sống— như mất bảo hiểm sức khỏe, kết hôn hoặc sinh con—trong 60 ngày qua (HOẶC dự kiến trong 60 ngày tới), hãy điền vào trang này và gửi kèm cùng với đơn đăng ký đã hoàn thiện, có chữ ký của quý vị. Các thay đổi nhất định trong đời sống giúp cho bảo hiểm của quý vị qua Marketplace được bắt đầu ngay. Chúng tôi cũng khuyến nghị quý vị nên trả lời những câu hỏi này nếu quý vị đăng ký ngoài thời gian Ghi danh Mở.

Không bắt buộc phải trả lời hết các câu hỏi này. Nếu các cảnh ngộ trong đời sống của quý vị chưa có gì thay đổi, quý vị có thể để trống các câu trả lời này. Quý vị có thể ghi danh vào Medicaid và Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe của Trẻ Em (CHIP) vào bất cứ lúc nào trong năm, mặc dù quý vị không trải qua các thay đổi trong đời sống. Các thành viên của các bộ lạc được liên bang công nhận và các cổ phần viên là người Bản Xứ Alaska có thể ghi danh bảo hiểm qua Marketplace vào bất cứ lúc nào trong năm.

### Cho chúng tôi biết về những thay đổi trong gia đình của quý vị.

**1. Có ai bị mất bảo hiểm sức khỏe đủ chuẩn trong 60 ngày qua, hoặc dự kiến là sẽ mất bảo hiểm sức khỏe trong 60 ngày tới?**

(Các) Tên [Hatched area]	Ngày mà bảo hiểm chấm dứt hoặc sẽ chấm dứt (tháng/ngày/năm) [Grid]
-----------------------------	---

**2. Có ai mới lập gia đình trong 60 ngày qua?**

(Các) Tên [Hatched area]	Ngày (tháng/ngày/năm) [Grid]
-----------------------------	---------------------------------

a. Có ai trong số những người này có bảo hiểm y tế đủ chuẩn bất cứ lúc nào trong vòng 60 ngày qua không? .....  Có  Không

Nếu có, điền tên (những) người này vào đây: [Hatched area]

**3. Có ai được thả ra khỏi nơi giam giữ (tạm giam hoặc nhà tù) trong 60 ngày qua?**

(Các) Tên [Hatched area]	Ngày (tháng/ngày/năm) [Grid]
-----------------------------	---------------------------------

**4. Có ai được nhận tình trạng di trú hợp lệ trong 60 ngày qua?**

(Các) Tên [Hatched area]	Ngày (tháng/ngày/năm) [Grid]
-----------------------------	---------------------------------

**5. Có ai mới được nhận làm con nuôi, được sắp xếp để được nuôi, hoặc sắp xếp vào ở viện chăm nuôi foster care trong 60 ngày qua?**

(Các) Tên [Hatched area]	Ngày (tháng/ngày/năm) [Grid]
-----------------------------	---------------------------------

**6. Có ai trở thành người phụ thuộc vì lý do nhận cấp dưỡng nuôi con hay các lệnh khác của tòa trong 60 ngày qua?**

(Các) Tên [Hatched area]	Ngày (tháng/ngày/năm) [Grid]
-----------------------------	---------------------------------

**7. Có ai dọn đến ở trong 60 ngày qua không?**

(Các) Tên [Hatched area]	Ngày dọn ra (tháng/ngày/năm) [Grid]
-----------------------------	--

a. Địa chỉ trước của quý vị có mã ZIP là số mấy?  Điền vào đây nếu quý vị vừa từ một nước khác tới hay từ Vùng Lãnh Thổ Hoa Kỳ

[Grid]

b. Có ai trong số những người này có bảo hiểm y tế đủ chuẩn bất cứ lúc nào trong vòng 60 ngày qua không? .....  Có  Không

Nếu có, điền tên (những) người này vào dưới đây:

(Các) Tên  
[Hatched area]