

Yêu cầu thông tin

Đến: _____ Số trường hợp ở Quận _____
Địa chỉ: _____ Số Huyện. _____
_____ Tên người lao động _____
Ngày: _____ Số điện thoại _____

Chúng tôi cần thêm thông tin để xử lý đơn đăng ký /đăng ký lại Medicaid/Hỗ trợ đặc biệt của quý vị. Vui lòng cung cấp thông tin này trước _____ để đảm bảo đơn đăng ký/đăng ký lại được xử lý kịp thời. Nếu cần thêm thời gian, hãy liên hệ với chúng tôi.

Nếu quý vị không thể lấy được các mục được đánh dấu bên dưới, thì có những mục khác có thể sử dụng. Vui lòng tiếp tục đọc để biết các mục khác có thể chấp nhận. Chúng tôi không thể xác minh thông tin của quý vị bằng phương tiện điện tử.

Thu nhập của quý vị vượt quá giới hạn thu nhập tối đa để nhận Medicaid. Dựa trên tổng số tiền thu nhập hàng tháng là _____ USD từ _____, chúng tôi sẽ yêu cầu quý vị chi trả một khoản khấu trừ. Nếu số tiền thu nhập này không chính xác, quý vị có thể liên hệ với nhân viên phụ trách Medicaid của mình. Số tiền khấu trừ của quý vị từ tháng _____ đến _____ là _____ USD.

Thu nhập của quý vị vượt quá giới hạn thu nhập tối đa để nhận Medicaid trong các tháng hồi tố sau. Dựa trên tổng số tiền thu nhập hàng tháng từ *(nguồn thu nhập)*, chúng tôi sẽ yêu cầu quý vị chi trả một khoản khấu trừ. Nếu số tiền thu nhập dưới đây không chính xác, quý vị có thể liên hệ với nhân viên phụ trách Medicaid của mình.

Số tiền khấu trừ của quý vị đối các tháng hồi tố:

(Tháng 1) Thu nhập _____ USD là _____ USD,

(Tháng 2) Thu nhập _____ USD là _____ USD,

(Tháng 3) Thu nhập _____ USD là _____ USD,

Khoản khấu trừ hai hoặc ba tháng dựa trên tổng số tiền thu nhập hàng tháng là _____ USD từ _____, từ tháng _____ đến _____, là _____ USD

Cung cấp hóa đơn y tế từ ngày _____ đến hiện tại bao gồm bất kỳ hóa đơn y tế cũ đã thanh toán hoặc chưa thanh toán và chi phí y tế dự kiến để đáp ứng số tiền được khấu trừ được liệt kê ở trên.

Giấy xác minh y tế tình trạng mang thai _____

Giấy xác minh từ bác sĩ xác nhận số lượng trẻ em dự kiến.

FL-2 do bác sĩ hoàn thành _____

Giấy tờ chứng minh thu nhập cho _____ đối với(các) tháng _____

Bảng chứng về thu nhập tự kinh doanh và chi phí từ _____ hoặc tờ khai thuế thu nhập trong năm _____

Số tài khoản ngân hàng hoặc (các) bảng sao kê hiển thị số dư trong các tháng _____

Mẫu chấp thuận của ngân hàng/Công bố thông tin có chữ ký của _____

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hoặc tên của các công ty bảo hiểm và số hợp đồng cho _____

Bảng chứng về người thụ hưởng bảo hiểm niên kim _____

Bảng chứng rằng Chương trình Medicaid tại Bắc Carolina được chỉ định là Người thụ hưởng còn lại của bảo hiểm niên kim _____

Tên và thông tin liên hệ của tổ chức phát hành bảo hiểm niên kim _____

Số an sinh xã hội cho _____

Tài liệu về tình trạng người nước ngoài đối với _____

Nộp đơn xin trợ cấp thất nghiệp cho _____

Nộp đơn xin trợ cấp tàn tật của An Sinh Xã Hội cho _____

DHB-5028, Đơn chấp thuận tiết lộ thông tin được ký bởi _____

Thẻ Bảo hiểm y tế hoặc tên công ty và số hợp đồng _____

Bảng chứng về quốc tịch và danh tính đối với _____

Bảng chứng cư trú của tiểu bang cho _____

Bảng chứng về vốn chủ sở hữu nhà ở _____

Tài liệu để chống lại án phạt chuyển nhượng tài sản hoặc để chứng minh rằng án phạt chuyển nhượng tài sản sẽ gây khó khăn lớn hoặc cải hai. (Xem phụ đính) _____

Khác _____

Ngoài các thông tin được yêu cầu ở trên, **việc thông báo cho chúng tôi về bất kỳ thay đổi nào về tình trạng của quý vị kể từ lần xem xét cuối cùng là rất quan trọng.**

Quý vị có cần trợ giúp hoặc thêm thời gian để lấy được thông tin để hoàn thành đơn đăng ký/đăng ký lại của mình không? Xem trang 2 để biết cách liên hệ với nhân viên phụ trách của quý vị.

1. Liên hệ nhân viên phụ trách Medicaid _____ tại _____
HOẶC
 2. Ký và gửi lại biểu mẫu này cho DSS.
- Tôi cần trợ giúp để lấy được thông tin để hoàn thành đơn đăng ký/đăng ký lại.
- Tôi cần thêm thời gian để lấy được thông tin.

Tôi biết rằng thông tin trên đơn đăng ký này là cần thiết để xác định khả năng đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán bảo hiểm y tế và/hoặc Medicaid/NCHC. Thông tin này sẽ được đối chiếu với cơ sở dữ liệu điện tử, Sở Thuế vụ (IRS), An sinh Xã hội, Bộ An ninh Nội địa, cơ quan báo cáo người tiêu dùng, tổ chức tài chính và/hoặc cơ quan chính phủ khác.

Tên người nộp đơn _____ Số điện thoại _____
Địa chỉ _____

CÁC MỤC KHÁC CÓ THỂ CHẤP NHẬN ĐỂ XỬ LÝ ĐƠN ĐĂNG KÝ/ĐĂNG KÝ LẠI MEDICAID

Nếu quý vị không thể lấy được các mục được đánh dấu hoặc các mục được mô tả dưới đây, hãy liên hệ với nhân viên phụ trách ngay lập tức. Nhân viên phụ trách sẽ hỗ trợ quý vị.

Báo cáo thay đổi

Đừng quên báo cáo tất cả các thay đổi cho bộ dịch vụ xã hội quận trong vòng 10 ngày theo lịch (5 ngày theo lịch đối với Hồ trợ đặc biệt). Nếu quý vị không biết liệu thay đổi có quan trọng hay không, hãy hỏi nhân viên phụ trách của mình. Nếu quý vị không báo cáo trung thực thông tin và thay đổi, quý vị **có thể phạm tội nhẹ hoặc trong tội.**

HÓA ĐƠN Y TẾ

Nếu không có tất cả các hóa đơn y tế, quý vị có thể cung cấp:

1. Biên lai từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế.
2. Sao kê từ nhà cung cấp dịch vụ y tế.
3. Séc bị hủy đối với các nhà cung cấp dịch vụ y tế.
4. Tên, địa chỉ, số điện thoại của nhà cung cấp dịch vụ y tế.
5. Biên lai bảo hiểm y tế tư nhân, số đóng bảo hiểm, tên đại lý.
6. Thư "Giải thích quyền lợi" (EOB) từ Medicare và/hoặc bảo hiểm y tế tư nhân.
7. Để đưa ra bằng chứng về các loại thuốc không kê đơn, hãy cung cấp biên lai ghi ngày và hộp đựng ghi rõ tên và giá của mặt hàng đã mua.
8. Để xuất trình bằng chứng về chi phí vận chuyển y tế, hãy cung cấp biên lai hoặc sao kê từ người đã đưa quý vị đến gặp bác sĩ, cửa hàng thuốc hoặc cơ sở y tế khác nếu có.

BẰNG CHỨNG THU NHẬP KHÁC

Ví dụ: trợ cấp của Cựu chiến binh, Hưu trí đường sắt, thu nhập hưu trí khác, thu nhập cho thuê, thu nhập từ trang trại

1. Bản sao séc.
2. Thư thông báo trợ cấp hoặc các tài liệu khác từ nguồn thu nhập.
3. Sao kê từ nguồn thu nhập hoặc từ người chịu trách nhiệm phân phối thu nhập (quỹ tín thác, v.v.).
4. Biên lai thanh toán từ người thuê trọ/ở ghép.
5. Biên lai thanh toán tiền thuê phòng/ở trọ từ người trả tiền cho quý vị.
6. Hồ sơ thuế.
7. Hồ sơ thu nhập từ trang trại.
8. Biên lai thu nhập cho thuê của chủ nhà.
9. Biên lai thu nhập từ tự kinh doanh hoặc cho thuê.
10. Sao kê có chữ ký xác nhận từ ngân hàng, đại lý môi giới bất động sản hoặc người thuê nhà cho biết số tiền nhận được.

LƯƠNG

Nếu không có bằng lương (wage stubs), vui lòng cung cấp một trong những nội dung sau:

1. Bảng kê lương hoặc mẫu do người sử dụng lao động hoàn thành.
2. Giấy tờ kinh doanh cá nhân để tự kinh doanh.

BẰNG CHỨNG VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC TRẺ EM HOẶC CHĂM SÓC NGƯỜI LỚN

Nếu quý vị đang đăng ký cho một số chương trình Medicaid dành cho Gia đình và Trẻ em, thì có giới hạn 200 USD mỗi tháng cho việc chăm sóc trẻ em dưới hai tuổi và giới hạn 175 USD mỗi tháng cho việc chăm sóc trẻ em từ hai tuổi trở lên và người lớn. Quý vị có thể cung cấp:

1. Biên lai hoặc bằng sao kê từ người hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc. Sao kê hoặc biểu mẫu ghi rõ quý vị được tính phí theo mức phí cố định hay theo giờ.
2. Biên lai thanh toán cho dịch vụ chăm sóc trẻ em hoặc người lớn phụ thuộc của quý vị.

BẰNG CHỨNG VỀ CHI PHÍ HOẠT ĐỘNG

Nếu không có biên lai để chứng minh chi phí đối với tài sản cho thuê hoặc tự kinh doanh, hãy cung cấp một trong những nội dung sau:

1. Giấy tờ ghi chép cá nhân về chi phí chẳng hạn như bảng chi tiết số cái, bảng séc hoặc hồ sơ thuế.
2. Các hiệp hội, Văn phòng ASCS và mua sản phẩm từ trang trại.
3. Giấy tờ ghi rõ chi tiết từ những người bán hàng cung cấp vật tư cho quý vị.
4. Giấy tờ ghi rõ chi tiết từ những người cung cấp dịch vụ để quý vị có thể kiểm tiền.
5. Giấy tờ ghi rõ chi tiết từ đại lý môi giới bất động sản.

BẢO HIỂM Y TẾ

Nếu quý vị không có thể bảo hiểm y tế, quý vị có thể cung cấp tên của công ty bảo hiểm và số hợp đồng