

## Thông báo về đơn đăng ký không đầy đủ

---

---

---

Kính gửi \_\_\_\_\_:

Gần đây quý vị đã gửi đơn xin bảo hiểm y tế đến \_\_\_\_\_ Bộ Dịch vụ Xã hội Quận. Chúng tôi không thể chấp nhận đơn đăng ký của quý vị vì những lý do dưới đây. Vui lòng hoàn thành các mục này trước khi gửi lại đơn đăng ký trong phong bì đính kèm.

### **Việc gửi lại đơn đăng ký càng sớm càng tốt rất quan trọng.**

Nếu đủ điều kiện nhận **Medicaid**, quyền lợi của quý vị không thể bắt đầu sớm hơn ba tháng theo lịch trước tháng chúng tôi nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh.

Nếu đủ điều kiện nhận **NC Health Choice**, quyền lợi của quý vị không thể bắt đầu cho đến tháng chúng tôi nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh.

Nếu có thắc mắc, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại bên dưới. Xin cảm ơn.

### **Chúng tôi không thể chấp nhận đơn đăng ký vì:**

\_\_\_\_\_ Quý vị không ký vào đơn đăng ký.

\_\_\_\_\_ Đơn đăng ký không có chữ ký của người nộp đơn hoặc đại diện được chỉ định, được ủy quyền. Để đơn được ký hợp lệ, phải có văn bản chỉ định người đại diện được ủy quyền tại thời điểm nộp đơn.

\_\_\_\_\_ Chúng tôi cần tên đầy đủ/ngày sinh/giới tính của người nộp đơn

\_\_\_\_\_ Chúng tôi cần tên đầy đủ/ngày sinh/giới tính của (các) trẻ dưới 19 tuổi được yêu cầu hỗ trợ chăm sóc sức khỏe

\_\_\_\_\_ Chúng tôi cần địa chỉ gửi thư đầy đủ của quý vị

\_\_\_\_\_ Chúng tôi không thể đọc đơn đăng ký của quý vị. Vui lòng đến văn phòng của chúng tôi để được hỗ trợ hoặc yêu cầu sở y tế hoặc bạn bè giúp quý vị hoàn thành đơn đăng ký kèm theo.

### **Chúng tôi cũng sẽ cần những nội dung sau đây để xử lý đơn đăng ký:**

---

---

---

Trân trọng,

Chữ ký của nhân viên phụ trách và Ngày ký \_\_\_\_\_

Số điện thoại \_\_\_\_\_