



## Đơn đăng ký Bảo hiểm Y tế & Trợ giúp Thanh toán Chi phí



Sử dụng đơn đăng ký này để xem quý vị đủ điều kiện lựa chọn loại bảo hiểm nào

- **Các chương trình bảo hiểm y tế tư nhân hợp túi tiền cung cấp phạm vi bảo hiểm toàn diện giúp quý vị luôn an tâm**
- Một khoản cản trừ thuế mới có thể ngay lập tức giúp trả phí bảo hiểm y tế cho quý vị
- Bảo hiểm miễn phí hoặc giá rẻ của Medicaid hoặc North Carolina Health Choice (NCHC)
- Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia một chương trình miễn phí hoặc giá rẻ ngay cả khi quý vị kiếm được khoảng \$ 94,000 một năm (cho một gia đình bốn người)



Ai có thể sử dụng đơn đăng ký này?

- Sử dụng đơn này để đăng ký cho các thành viên trong gia đình quý vị.
- Hãy đăng ký cho dù quý vị hoặc con quý vị đã có bảo hiểm y tế. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận bảo hiểm giá rẻ hoặc miễn phí.
- Các gia đình có người nhập cư có thể nộp đơn. Quý vị có thể đăng ký cho con ngay cả khi quý vị không đủ điều kiện nhận bảo hiểm. Việc nộp đơn sẽ không ảnh hưởng đến tình trạng nhập cư hoặc cơ hội trở thành thường trú nhân hay công dân của quý vị.
- Nếu quý vị nhờ người điền giúp đơn đăng ký này, quý vị có thể cần phải hoàn thành Phụ lục C.



- Nộp đơn trực tuyến nhanh hơn tại [epass.gov](http://epass.gov) hoặc [healthcare.gov](http://healthcare.gov)



Quý vị có thể cần nộp

- **Số An Sinh Xã Hội (hoặc số giấy tờ cho những người nhập cư hợp pháp cần bảo hiểm)**
- Chủ lao động và thông tin về thu nhập của mọi người trong gia đình quý vị (ví dụ: từ phiếu lương, tờ khai W-2 hoặc bảng lương và bảng kê miễn giảm thuế)
- Số hợp đồng của các loại bảo hiểm y tế hiện đang đóng
- Thông tin về các loại bảo hiểm y tế liên quan đến công việc mà gia đình quý vị được hưởng
- Giấy tờ nhận dạng
- Giấy tờ chứng minh cư trú tại NC



Tại sao chúng tôi yêu cầu thông tin này

Chúng tôi hỏi về thu nhập của quý vị và các thông tin khác để cho quý vị biết quý vị đủ điều kiện nhận loại bảo hiểm nào và liệu quý vị có thể nhận được hỗ trợ thanh toán hay không. Chúng tôi sẽ giữ tất cả thông tin quý vị cung cấp ở chế độ riêng tư và bảo mật, theo yêu cầu của pháp luật. Để xem Tuyên bố của Đạo luật Quyền riêng tư, hãy truy cập [ncdhhs.gov/dma/medicaid/rights.htm](http://ncdhhs.gov/dma/medicaid/rights.htm)



Tiếp theo cần làm gì?

Gửi đơn đăng ký đầy đủ, có chữ ký của quý vị đến Sở Dịch Vụ Xã Hội tại quận nơi quý vị sinh sống ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) Nếu quý vị không có đầy đủ những thông tin chúng tôi yêu cầu, hãy cứ ký và gửi đơn. Chúng tôi sẽ theo dõi quý vị trong vòng 1-2 tuần. Quý vị sẽ nhận được hướng dẫn các bước tiếp theo để hoàn thành đơn đăng ký bảo hiểm y tế. Nếu quý vị chưa nhận được thông tin từ chúng tôi, hãy truy cập ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) hoặc gọi 1-888-245-0179. Điền vào đơn đăng ký này không có nghĩa là quý vị phải mua bảo hiểm y tế.



Tim trợ giúp khi điền đơn này

- **Điện thoại: Gọi cho văn phòng DSS địa phương**
- Trực tiếp: Đến văn phòng DSS địa phương. Để tìm vị trí văn phòng DSS của quý vị, hãy truy cập ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) hoặc gọi 1-888-245-0179.

# BƯỚC 1 – Hãy cho chúng tôi biết về bản thân quý vị

1. Tên, Tên đệm, Họ & Hậu tố			
2. Địa chỉ nhà riêng (Để trống nếu quý vị chưa có)			3. Số căn hộ hoặc Số phòng
4. Thành phố	5. Tiểu bang	6. Mã bưu điện	7. Quận
8. Địa chỉ gửi thư (nếu khác với địa chỉ nhà riêng)			9. Số căn hộ hoặc Số phòng
10. Thành phố	11. Tiểu bang	12. Mã bưu điện	13. Quận
14. Số điện thoại		15. Số điện thoại khác	
16. Ngôn ngữ nói hoặc viết ưa thích của quý vị (nếu không phải tiếng Anh) là gì?			
17. Nếu quý vị KHÔNG đăng ký bỏ phiếu ở nơi quý vị đang sống, hôm nay quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu ở đây không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà quý vị sẽ nhận được từ cơ quan.			

# BƯỚC 2 – Hãy cho chúng tôi biết về gia đình của quý vị

Quý vị cần điền tên ai vào đơn này?

Hãy cho chúng tôi biết về tất cả các thành viên gia đình sống cùng quý vị. Nếu quý vị khai thuế, chúng tôi cần biết về tất cả mọi người trên tờ khai thuế của quý vị. (Quý vị không cần phải nộp thuế mới được hưởng bảo hiểm y tế).

Bao gồm

- Bản thân
- Vợ/chồng
- Con dưới 21 tuổi sống với quý vị
- Những người có tên trong tờ khai thuế liên bang của quý vị, ngay cả khi họ không sống cùng quý vị
- Những người khác dưới 21 tuổi sống cùng quý vị và được quý vị chăm sóc

Quý vị KHÔNG cần phải khai

- Cha mẹ sống cùng quý vị, nhưng tự khai thuế (nếu quý vị trên 21 tuổi)
- Những người thân trưởng thành khác đã tự khai thuế.

Số tiền trợ cấp hoặc loại chương trình mà quý vị đủ điều kiện nhận sẽ phụ thuộc vào số người trong gia đình quý vị và thu nhập của họ. Thông tin này giúp chúng tôi đảm bảo mọi người đều nhận được gói bảo hiểm tốt nhất có thể.

Hoàn thành Bước 2 cho mỗi người trong gia đình quý vị. Bắt đầu với bản thân quý vị, sau đó thêm những người trưởng thành khác và trẻ em. Nếu hộ gia đình của quý vị có hơn 4 người, quý vị sẽ cần sao thêm một bản của các trang và đính kèm chúng.

**Quý vị không cần cung cấp tình trạng nhập cư hoặc Số An Sinh Xã Hội (SSN) của các thành viên gia đình mà không cần bảo hiểm y tế.** Chúng tôi sẽ giữ tất cả thông tin quý vị cung cấp ở chế độ riêng tư và bảo mật theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi sẽ chỉ sử dụng thông tin cá nhân để kiểm tra xem quý vị có đủ điều kiện nhận bảo hiểm y tế hay không.

## BƯỚC 2 – Người thứ 1 (Bắt đầu là bản thân quý vị)

Hoàn thành Bước 2 cho bản thân, vợ/chồng, con dưới 21 tuổi sống với quý vị và bất kỳ ai quý vị đã khai trên tờ khai thuế liên bang ngay cả khi họ không sống với quý vị. Xem trang 1 để biết thêm thông tin về những người cần được khai. Nếu quý vị không nộp tờ khai thuế, hãy nhớ vẫn khai đủ các thành viên gia đình sống cùng quý vị.

1. Tên, Tên đệm, Họ & Hậu tố

2. Mối quan hệ với quý vị:  
**BẢN THÂN QUÝ VỊ**

3. Ngày sinh (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

4. Giới tính  Nam  Nữ

5. Số An Sinh Xã Hội (SSN): \_\_\_\_\_

**LƯU Ý:** Chúng tôi cần thông tin này nếu quý vị muốn bảo hiểm y tế và có SSN. Chúng tôi sử dụng SSN để kiểm tra mức thu nhập và các thông tin khác để xem ai đủ điều kiện nhận hỗ trợ phí bảo hiểm y tế. Nếu ai đó muốn được trợ giúp nhận SSN, hãy gọi cho số máy 1-800-772-1213 hoặc truy cập [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov); Người sử dụng máy TTY nên gọi số 1-800-325-0778

6. Quý vị có kế hoạch nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang VÀO NĂM TỚI KHÔNG? (Quý vị vẫn có thể nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế ngay cả khi quý vị không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang)

**Có** Nếu có, vui lòng trả lời câu hỏi a-c  **Không** Nếu không, hãy đến thẳng câu hỏi c.

a. Quý vị có nộp khai thuế chung với vợ/chồng của mình không?  Có  Không Nếu có, tên vợ/chồng: \_\_\_\_\_

b. Quý vị có khai người phụ thuộc nào trong tờ khai thuế của quý vị không?  Có  Không  
Nếu có, hãy ghi rõ tên của những người phụ thuộc: \_\_\_\_\_

c. Quý vị có được khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác không?  Có  Không  
Nếu có, vui lòng ghi rõ tên của người khai thuế: \_\_\_\_\_  
Quý vị có quan hệ như thế nào với người khai thuế này? \_\_\_\_\_

7. Quý vị có cần bảo hiểm y tế không?

(Ngay cả khi quý vị có bảo hiểm, thì vẫn có thể có một chương trình với phạm vi bảo hiểm tốt hơn hoặc chi phí thấp hơn.)

**Có**, Nếu có, hãy trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây

**Không**, Nếu không, hãy ĐẾN THẲNG câu hỏi về thu nhập trên trang 4. Để trống phần còn lại của mục này

8. Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ hay có Quốc tịch Hoa Kỳ không?  Có  Không

9a. Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có quốc tịch Hoa Kỳ, quý vị có tư cách lưu trú hợp pháp không?

Có. Điền loại giấy tờ tùy thân và số ID của quý vị vào bên dưới:

a. Loại giấy tờ xuất nhập cảnh: \_\_\_\_\_

b. Số ID của giấy tờ: \_\_\_\_\_

c. Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ: \_\_\_\_\_

d. Quý vị, vợ/chồng hoặc cha mẹ của quý vị có phải là cựu chiến binh hoặc quân nhân tại ngũ của Quân đội Hoa Kỳ không?  Có  Không

10. Nếu gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY CHỌN - đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Mexico  Người Mỹ gốc Mexico  Puerto Rico  Cuba  Khác: \_\_\_\_\_

11. Chủng tộc (TÙY CHỌN - Đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Người da trắng hoặc người Cáp-ca  Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi  Người châu Á  Người Hawaii bản địa

Người dân đảo Thái Bình Dương khác

Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska (Nếu đúng, hãy hoàn thành Phụ lục B)

Khác: \_\_\_\_\_

**QUÝ VỊ CẦN TRỢ GIÚP KHI ĐIỀN ĐƠN ĐĂNG KÝ?** Hãy liên hệ với DSS tại địa phương ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-888-245-0179.

Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh, hãy báo cho nhân viên bộ phận dịch vụ khách hàng ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ tìm người trợ giúp quý vị miễn phí. Người sử dụng máy TTY nên gọi số 1-800-452-2514.

---

12. Quý vị có phải là cư dân bang Bắc Carolina không?  Có  Không

---

13. Quý vị có đang mang thai không?  Có  Không      Nếu có, lần mang thai này dự kiến sinh bao nhiêu bé? \_\_\_\_\_

---

14. Quý vị có sống với ít nhất một trẻ em dưới 18 tuổi và là người chăm sóc chính của đứa trẻ đó không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	15. Quý vị có được nhận nuôi dưới dạng chăm sóc thay thế ở bang Bắc Carolina khi quý vị tròn 18 tuổi không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	---

---

16. Quý vị có bị khuyết tật không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	16b. Quý vị có từ 65 tuổi trở lên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	16c. Quý vị có bị mù không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--	---

---

17. Quý vị có bệnh lý về thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc gây ra những hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.), sống trong cơ sở y tế, viện dưỡng lão và/hoặc cần dùng các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng (CAP) không?  Có  Không

---

18. Quý vị có muốn được trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế trong 3 tháng qua không  Có  Không

---

# BƯỚC 2 – Người thứ 1 (Bắt đầu từ Bản thân quý vị)

## Thông Tin Về Công Việc & Thu Nhập Hiện Tại

19. Quý vị: (đánh dấu một mục)

**Làm thuê cho người khác**

Nếu quý vị hiện đang làm thuê cho người khác, hãy cho chúng tôi biết về mức thu nhập của quý vị. Bắt đầu với câu hỏi 20.

**Tự kinh doanh**

Đến thẳng câu hỏi 29.

**Không có việc làm**

Đến thẳng câu hỏi 30.

### CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:

20. Tên và địa chỉ của chủ lao động

21. Số điện thoại của chủ lao động:  
( ) -

22. Tiền lương/tiền tip (trước thuế)  Giờ  Tuần  Mỗi 2 tuần  Hai lần một tháng  Tháng  Năm  
\$ \_\_\_\_\_

23. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN: \_\_\_\_\_

### CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2: (Nếu quý vị có nhiều việc làm hơn và cần thêm chỗ để ghi, hãy đính kèm một tờ giấy khác)

24. Tên và địa chỉ của chủ lao động

25. Số điện thoại của chủ lao động:  
( ) -

26. Tiền lương/tiền tip (trước thuế)  Giờ  Tuần  Mỗi 2 tuần  Hai lần một tháng  Tháng  Năm  
\$ \_\_\_\_\_

27. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN: \_\_\_\_\_

28. Trong năm qua, quý vị đã:

Thay đổi công việc  Ngừng làm việc  Bắt đầu làm việc ít thời gian hơn  Không mục nào trong số này

29. Nếu tự kinh doanh, hãy trả lời các câu hỏi sau:

- a. Loại công việc: \_\_\_\_\_  
b. Thu nhập net (lợi nhuận sau khi thanh toán chi phí kinh doanh) quý vị sẽ nhận được từ hoạt động tự kinh doanh đó trong tháng này là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

30. **THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu tất cả những mục phù hợp và khai rõ số tiền và tần suất quý vị nhận được.

**LƯU Ý:** Quý vị không cần phải cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng cho con, trợ cấp cựu chiến binh, hoặc Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI).

- |   |          |                |   |                |
|---|----------|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Không có               | \$ _____ | Tần suất _____ | <input type="checkbox"/> Thu nhập net từ nuôi trồng/đánh bắt \$ _____     | Tần suất _____ |
| <input type="checkbox"/> Thất nghiệp            | \$ _____ | Tần suất _____ | <input type="checkbox"/> Thu nhập net từ cho thuê/tiền bản quyền \$ _____ | Tần suất _____ |
| <input type="checkbox"/> Lương hưu              | \$ _____ | Tần suất _____ | <input type="checkbox"/> Thu nhập khác \$ _____                           | Tần suất _____ |
| <input type="checkbox"/> An sinh xã hội         | \$ _____ | Tần suất _____ | Loại: _____   |                |
| <input type="checkbox"/> Tài khoản hưu trí      | \$ _____ | Tần suất _____ |   |                |
| <input type="checkbox"/> Tiền cấp dưỡng đã nhận | \$ _____ | Tần suất _____ |   |                |

---

31. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu tất cả những mục phù hợp và khai rõ số tiền và tầ suất quý vị nhận được.

Nếu quý vị chi trả một số khoản có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, hãy khai rõ vì như vậy có thể giúp giảm đôi chút phí bảo hiểm y tế.

Quý vị không cần gộp chi phí mà quý vị đã trả lời trong câu hỏi về thu nhập net từ hoạt động tự kinh doanh (câu hỏi 29b)

- Tiền cấp dưỡng đã trả \$ \_\_\_\_\_ Tầ suất \_\_\_\_\_
- Lãi suất vay cho sinh viên \$ \_\_\_\_\_ Tầ suất \_\_\_\_\_
- Các khoản khấu trừ khác \$ \_\_\_\_\_ Tầ suất \_\_\_\_\_ Loại: \_\_\_\_\_

---

32. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ điền nếu thu nhập của quý vị thay đổi giữa tháng này so với tháng khác. Nếu quý vị không dự kiến có sự thay đổi về mức thu nhập hàng tháng của mình, hãy thêm người khác hoặc chuyển sang phần tiếp theo.

Tổng thu nhập của quý vị trong năm nay \$ \_\_\_\_\_

Tổng thu nhập của quý vị trong năm tới (nếu quý vị nghĩ rằng sẽ có sự thay đổi) \$ \_\_\_\_\_

---

**XIN CẢM ƠN! Đây là tất cả những thông tin chúng tôi cần biết về QUÝ VỊ**

## BUƯỚC 2 – Người thứ 2

Hoàn thành Bước 2 cho NGƯỜI THỨ 2, vợ/chồng, con dưới 21 tuổi sống với họ và bất kỳ ai họ đã khai trên tờ khai thuế liên bang ngay cả khi những người này không sống cùng với NGƯỜI THỨ 2. Xem trang 1 để biết thêm thông tin về những người cần được khai. Nếu NGƯỜI THỨ 2 không nộp tờ khai thuế, hãy nhớ vẫn khai đủ các thành viên gia đình sống cùng họ.

1. Tên, Tên đệm, Họ & Hậu tố		2. Mối quan hệ với quý vị:	
3. Ngày sinh (mm/dd/yyyy): _____		4. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
5. Số An Sinh Xã Hội (SSN): _____ (Chỉ bắt buộc nếu nộp đơn xin trợ cấp)			

6. NGƯỜI THỨ 2 có kế hoạch nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang VÀO NĂM TỚI KHÔNG? (Họ vẫn có thể nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế ngay cả khi họ không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang)

- Có** Nếu có, vui lòng trả lời câu hỏi a-c  **Không** Nếu không, hãy đến thẳng câu hỏi c.

a. NGƯỜI THỨ 2 có nộp khai thuế chung với vợ/chồng của mình không?  Có  Không  
Nếu có, tên vợ/chồng: \_\_\_\_\_

b. NGƯỜI THỨ 2 có khai người phụ thuộc nào trong tờ khai thuế của họ không?  Có  Không  
Nếu có, hãy ghi rõ tên của những người phụ thuộc: \_\_\_\_\_

c. NGƯỜI THỨ 2 có được khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác không?  Có  Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ tên của người khai thuế: \_\_\_\_\_  
NGƯỜI THỨ 2 có liên quan đến người khai thuế này không? Nếu có thì mối quan hệ là gì? \_\_\_\_\_

7. NGƯỜI THỨ 2 có cần bảo hiểm y tế không?

(Ngay cả khi họ có bảo hiểm, thì vẫn có thể có một chương trình với phạm vi bảo hiểm tốt hơn hoặc chi phí thấp hơn.)

**Có**, Nếu có, hãy trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây

**Không**, Nếu không, hãy ĐẾN THẲNG câu hỏi về thu nhập trên trang 8. Để trống phần còn lại của mục này

8. NGƯỜI THỨ 2 có phải là công dân Hoa Kỳ hay có Quốc tịch Hoa Kỳ không?  Có  Không

9a. Nếu NGƯỜI THỨ 2 không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có quốc tịch Hoa Kỳ, người này có tư cách lưu trú hợp pháp không?

Có. Điền loại giấy tờ tùy thân và số ID của họ vào bên dưới:

a. Loại giấy tờ xuất nhập cảnh: \_\_\_\_\_

b. Số ID của giấy tờ: \_\_\_\_\_

c. Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ: \_\_\_\_\_

d. NGƯỜI THỨ 2, vợ/chồng hoặc cha mẹ của họ có phải là cựu chiến binh hoặc quân nhân tại ngũ của Quân đội Hoa Kỳ không?  Có  Không

10. Nếu gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY CHỌN - đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Mexico  Người Mỹ gốc Mexico  Puerto Rico  Cuba  Khác: \_\_\_\_\_

11. Chúng tộc (TÙY CHỌN - Đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Người da trắng hoặc người Cáp-ca  Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi  Người châu Á

Người Hawaii bản địa

Người dân đảo Thái Bình Dương khác

Người Mỹ da đỏ hoặc Thổ dân Alaska (Nếu đúng, hãy hoàn thành Phụ lục B)

Khác: \_\_\_\_\_

12. NGƯỜI THỨ 2 có sống cùng địa chỉ với quý vị không? Nếu không, hãy ghi rõ địa chỉ: _____		13. NGƯỜI THỨ 2 có phải là cư dân bang Bắc Carolina không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
14. NGƯỜI THỨ 2 có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Nếu có, lần mang thai này dự kiến sinh bao nhiêu bé? _____			
15. NGƯỜI THỨ 2 có sống với ít nhất một trẻ em dưới 18 tuổi và là người chăm sóc chính của đứa trẻ đó không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		16. NGƯỜI THỨ 2 có được nhận nuôi dưới dạng chăm sóc thay thế ở bang Bắc Carolina <input type="checkbox"/> khi họ tròn 18 tuổi không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
17a. NGƯỜI THỨ 2 có bị khuyết tật không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	17b. NGƯỜI THỨ 2 có từ 65 tuổi trở lên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	17c. NGƯỜI THỨ 2 có bị mù không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
18. NGƯỜI THỨ 2 có bệnh lý về thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc gây ra những hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.), sống trong cơ sở y tế, viện dưỡng lão và/hoặc cần dùng các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng (CAP) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
19. NGƯỜI THỨ 2 có cần được trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế trong 3 tháng qua không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau nếu NGƯỜI THỨ 2 từ 22 tuổi trở xuống:

20. NGƯỜI THỨ 2 có bảo hiểm do làm việc và mất bảo hiểm đó trong vòng 3 tháng qua không?  Có    Không  
a. Nếu có, ngày kết thúc: \_\_\_\_\_ b. Lý do bảo hiểm kết thúc: \_\_\_\_\_



# BƯỚC 2 – Người thứ 2

## Thông Tin Về Công Việc & Thu Nhập Hiện Tại

21. Người thứ 2 (Đánh dấu một mục)

**Làm thuê cho người khác**

Nếu quý vị hiện đang làm thuê cho người khác, hãy cho chúng tôi biết về mức thu nhập của quý vị. Bắt đầu với câu hỏi 22.

**Tự kinh doanh**

Đến thẳng câu hỏi 31.

**Không có việc làm**

Đến thẳng câu hỏi 32.

### CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:

22. Tên và địa chỉ của chủ lao động

23. Số điện thoại của chủ lao động:  
( ) -

24. Tiền lương/tiền tips (trước thuế)  Giờ  Tuần  Mỗi 2 tuần  Hai lần một tháng  Tháng  Năm  
\$ \_\_\_\_\_

25. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN: \_\_\_\_\_

### CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2: (Nếu quý vị có nhiều việc làm hơn và cần thêm chỗ để ghi, hãy đính kèm một tờ giấy khác)

26. Tên và địa chỉ của chủ lao động

27. Số điện thoại của chủ lao động:  
( ) -

28. Tiền lương/tiền tips (trước thuế)  Giờ  Tuần  Mỗi 2 tuần  Hai lần một tháng  Tháng  Năm  
\$ \_\_\_\_\_

29. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN: \_\_\_\_\_

30. Trong năm qua, NGƯỜI THỨ 2 đã:

Thay đổi công việc  Ngừng làm việc  Bắt đầu làm việc ít thời gian hơn  Không mục nào trong số này

31. Nếu tự kinh doanh, hãy trả lời các câu hỏi sau:

a. Loại công việc: \_\_\_\_\_

b. Thu nhập net (lợi nhuận sau khi thanh toán chi phí kinh doanh) quý vị sẽ nhận được từ hoạt động tự kinh doanh đó trong tháng này là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

32. **THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu tất cả những mục phù hợp và khai rõ số tiền và tần suất quý vị nhận được.

**LƯU Ý:** NGƯỜI THỨ 2 không cần phải cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng cho con, trợ cấp cựu chiến binh, hoặc Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI).

Không có \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Thu nhập net từ nuôi trồng/đánh bắt  
\$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Thất nghiệp \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Thu nhập net từ cho thuê/tiền bản quyền  
\$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Lương hưu \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

An sinh xã hội \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Thu nhập khác \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_  
Loại: \_\_\_\_\_

Tài khoản hưu trí \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Tiền cấp dưỡng đã nhận \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

33. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu tất cả những mục phù hợp và khai rõ số tiền và tần suất quý vị nhận được.

Nếu NGƯỜI THỨ 2 chỉ trả một số khoản có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, hãy khai rõ vì như vậy có thể giúp giảm đôi chút phí bảo hiểm y tế.

Đừng gộp chi phí mà quý vị đã trả lời trong câu hỏi về thu nhập net từ hoạt động tự kinh doanh cho NGƯỜI THỨ 2 (câu hỏi 31b)

- Tiền cấp dưỡng đã trả \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_
- Lãi suất vay cho sinh viên \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_
- Các khoản khấu trừ khác \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_ Loại: \_\_\_\_\_

---

34. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ điền nếu thu nhập của NGƯỜI THỨ 2 thay đổi giữa tháng này so với tháng khác. Nếu quý vị không dự kiến có sự thay đổi về mức thu nhập hàng tháng của NGƯỜI THỨ 2, hãy thêm người khác hoặc chuyển sang phần tiếp theo.

Tổng thu nhập của NGƯỜI THỨ 2 trong năm nay \$ \_\_\_\_\_

Tổng thu nhập của NGƯỜI THỨ 2 trong năm tới (nếu quý vị nghĩ rằng sẽ có sự thay đổi) \$ \_\_\_\_\_

---

**XIN CẢM ƠN! Đây là tất cả những thông tin chúng tôi cần biết về NGƯỜI THỨ 2**

## BƯỚC 2 – Người thứ 3

Hoàn thành Bước 2 cho NGƯỜI THỨ 3, vợ/chồng, con dưới 21 tuổi sống với họ và bất kỳ ai họ đã khai trên tờ khai thuế liên bang ngay cả khi những người này không sống cùng với NGƯỜI THỨ 3. Xem trang 1 để biết thêm thông tin về những người cần được khai. Nếu NGƯỜI THỨ 3 không nộp tờ khai thuế, hãy nhớ vẫn khai đủ các thành viên gia đình sống cùng họ.

1. Tên, Tên đệm, Họ & Hậu tố

2. Mối quan hệ với quý vị:

3. Ngày sinh (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

4. Giới tính  Nam  Nữ

5. Số An Sinh Xã Hội (SSN): \_\_\_\_\_  
(Chỉ bắt buộc nếu nộp đơn xin trợ cấp)

6. NGƯỜI THỨ 3 có kế hoạch nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang VÀO NĂM TỚI KHÔNG? (Họ vẫn có thể nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế ngay cả khi họ không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang)

**Có** Nếu có, vui lòng trả lời câu hỏi a-c  **Không** Nếu không, hãy đến thẳng câu hỏi c.

a. NGƯỜI THỨ 3 có nộp khai thuế chung với vợ/chồng của mình không?  Có  Không  
Nếu có, tên vợ/chồng: \_\_\_\_\_

b. NGƯỜI THỨ 3 có khai người phụ thuộc nào trong tờ khai thuế của họ không?  Có  Không  
Nếu có, hãy ghi rõ tên của những người phụ thuộc: \_\_\_\_\_

c. NGƯỜI THỨ 3 có được khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác không?  Có  Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ tên của người khai thuế: \_\_\_\_\_  
NGƯỜI THỨ 3 có liên quan đến người khai thuế này không? Nếu có thì mối quan hệ là gì? \_\_\_\_\_

7. NGƯỜI THỨ 3 có cần bảo hiểm y tế không?

(Ngay cả khi họ có bảo hiểm, thì vẫn có thể có một chương trình với phạm vi bảo hiểm tốt hơn hoặc chi phí thấp hơn.)

**Có**, Nếu có, hãy trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây

**Không**, Nếu không, hãy ĐẾN THẲNG câu hỏi về thu nhập trên trang 11. Để trống phần còn lại của mục này

8. NGƯỜI THỨ 3 có phải là công dân Hoa Kỳ hay có Quốc tịch Hoa Kỳ không?  Có  Không

9a. Nếu NGƯỜI THỨ 3 không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có quốc tịch Hoa Kỳ, người này có tư cách lưu trú hợp pháp không?

Có. Điền loại giấy tờ tùy thân và số ID của họ vào bên dưới:

a. Loại giấy tờ xuất nhập cảnh: \_\_\_\_\_

b. Số ID của giấy tờ: \_\_\_\_\_

c. Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ: \_\_\_\_\_

d. NGƯỜI THỨ 3, vợ/chồng hoặc cha mẹ của họ có phải là cựu chiến binh hoặc quân nhân tại ngũ của Quân đội Hoa Kỳ không?  Có  Không

10. Nếu gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY CHỌN - đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Mexico  Người Mỹ gốc Mexico  Puerto Rico  Cuba  Khác: \_\_\_\_\_

11. Chủng tộc (TÙY CHỌN - Đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Người da trắng hoặc người Cáp-ca  Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi  Người châu Á

Người Hawaii bản địa

Người dân đảo Thái Bình Dương khác

Người Mỹ da đỏ hoặc Thổ dân Alaska (Nếu đúng, hãy hoàn thành Phụ lục B)

Khác: \_\_\_\_\_

12. NGƯỜI THỨ 3 có sống cùng địa chỉ với quý vị không? Nếu không, hãy ghi rõ địa chỉ: _____		13. NGƯỜI THỨ 3 có phải là cư dân bang Bắc Carolina không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
15. NGƯỜI THỨ 3 có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không    Nếu có, lần mang thai này dự kiến sinh bao nhiêu bé? _____			
15. NGƯỜI THỨ 3 có sống với ít nhất một trẻ em dưới 18 tuổi và là người chăm sóc chính của đứa trẻ đó không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		16. NGƯỜI THỨ 3 có được nhận nuôi dưới dạng chăm sóc thay thế ở bang Bắc Carolina khi họ tròn 18 tuổi không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
17a. NGƯỜI THỨ 3 có bị khuyết tật không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	17b. NGƯỜI THỨ 3 có từ 65 tuổi trở lên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	17c. NGƯỜI THỨ 3 có bị mù không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
18. NGƯỜI THỨ 3 có bệnh lý về thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc gây ra những hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.), sống trong cơ sở y tế, viện dưỡng lão và/hoặc cần dùng các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng (CAP) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
19. NGƯỜI THỨ 3 có cần được trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế trong 3 tháng qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau nếu NGƯỜI THỨ 3 từ 22 tuổi trở xuống:

20. NGƯỜI THỨ 3 có bảo hiểm do làm việc và mất bảo hiểm đó trong vòng 3 tháng qua không?     Có     Không  
a. Nếu có, ngày kết thúc: \_\_\_\_\_ b. Lý do bảo hiểm kết thúc: \_\_\_\_\_

# BƯỚC 2 – Người thứ 3

## Thông Tin Về Công Việc & Thu Nhập Hiện Tại

21. Người thứ 3 (Đánh dấu một mục)

**Làm thuê cho người khác**

Nếu quý vị hiện đang làm thuê cho người khác, hãy cho chúng tôi biết về mức thu nhập của quý vị. Bắt đầu với câu hỏi 22.

**Tự kinh doanh**

Đến thẳng câu hỏi 31.

**Không có việc làm**

Đến thẳng câu hỏi 32.

### CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:

22. Tên và địa chỉ của chủ lao động

23. Số điện thoại của chủ lao động:

( ) -

24. Tiền lương/tiền tip (trước thuế)  Giờ  Tuần  Mỗi 2 tuần  Hai lần một tháng  Tháng  Năm

\$ \_\_\_\_\_

25. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN: \_\_\_\_\_

### CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2: (Nếu quý vị có nhiều việc làm hơn và cần thêm chỗ để ghi, hãy đính kèm một tờ giấy khác)

26. Tên và địa chỉ của chủ lao động

27. Số điện thoại của

chủ lao động:

( ) -

28. Tiền lương/tiền tip (trước thuế)  Giờ  Tuần  Mỗi 2 tuần  Hai lần một tháng  Tháng  Năm

\$ \_\_\_\_\_

29. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN: \_\_\_\_\_

30. Trong năm qua, NGƯỜI THỨ 3 đã:

Thay đổi công việc  Ngừng làm việc  Bắt đầu làm việc ít thời gian hơn  Không mục nào trong số này

31. Nếu tự kinh doanh, hãy trả lời các câu hỏi sau:

a. Loại công việc: \_\_\_\_\_

b. Thu nhập net (lợi nhuận sau khi thanh toán chi phí kinh doanh) quý vị sẽ nhận được từ hoạt động tự kinh doanh đó trong tháng này là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

32. **THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu tất cả những mục phù hợp và khai rõ số tiền và tần suất quý vị nhận được.

**LƯU Ý:** NGƯỜI THỨ 3 không cần phải cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng cho con, trợ cấp cựu chiến binh, hoặc Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI).

Không có \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Thu nhập net từ nuôi trồng/đánh bắt \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Thất nghiệp \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Thu nhập net từ cho thuê/tiền bản quyền \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Lương hưu \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

An sinh xã hội \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Thu nhập khác \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_  
Loại: \_\_\_\_\_

Tài khoản hưu trí \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

Tiền cấp dưỡng đã nhận \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_

---

33. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu tất cả những mục phù hợp và khai rõ số tiền và tần suất quý vị nhận được.

Nếu NGƯỜI THỨ 3 chi trả một số khoản có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, hãy khai rõ vì như vậy có thể giúp giảm đôi chút phí bảo hiểm y tế.

Đừng gộp chi phí mà quý vị đã trả lời trong câu hỏi về thu nhập net từ hoạt động tự kinh doanh cho NGƯỜI THỨ 3 (câu hỏi 31b)

- Tiền cấp dưỡng đã trả \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_
- Lãi suất vay cho sinh viên \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_
- Các khoản khấu trừ khác \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_ Loại: \_\_\_\_\_

---

34. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ điền nếu thu nhập của NGƯỜI THỨ 3 thay đổi giữa tháng này so với tháng khác. Nếu quý vị không dự kiến có sự thay đổi về mức thu nhập hàng tháng của NGƯỜI THỨ 3, hãy thêm người khác hoặc chuyển sang phần tiếp theo.

Tổng thu nhập của NGƯỜI THỨ 3 trong năm nay \$ \_\_\_\_\_

Tổng thu nhập của NGƯỜI THỨ 3 trong năm tới (nếu quý vị nghĩ rằng sẽ có sự thay đổi) \$ \_\_\_\_\_

---

**XIN CẢM ƠN! Đây là tất cả những thông tin chúng tôi cần biết về NGƯỜI THỨ 3**

## BƯỚC 2 – Người thứ 4

Hoàn thành Bước 2 cho NGƯỜI THỨ 4, vợ/chồng, con dưới 21 tuổi sống với họ và bất kỳ ai họ đã khai trên tờ khai thuế liên bang ngay cả khi những người này không sống cùng với NGƯỜI THỨ 3. Xem trang 1 để biết thêm thông tin về những người cần được khai. Nếu NGƯỜI THỨ 4 không nộp tờ khai thuế, hãy nhớ vẫn khai đủ các thành viên gia đình sống cùng họ.

1. Tên, Tên đệm, Họ & Hậu tố \_\_\_\_\_ 2. Mối quan hệ với quý vị: \_\_\_\_\_

3. Ngày sinh (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ 4. Giới tính  Nam  Nữ

5. Số An Sinh Xã Hội (SSN): \_\_\_\_\_  
(Chỉ bắt buộc nếu nộp đơn xin trợ cấp)

6. NGƯỜI THỨ 4 có kế hoạch nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang VÀO NĂM TỚI KHÔNG? (Họ vẫn có thể nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế ngay cả khi họ không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang)

**Có** Nếu có, vui lòng trả lời câu hỏi a-c  **Không** Nếu không, hãy đến thẳng câu hỏi c.

a. NGƯỜI THỨ 4 có nộp khai thuế chung với vợ/chồng của mình không?  Có  Không  
Nếu có, tên vợ/chồng: \_\_\_\_\_

b. NGƯỜI THỨ 4 có khai người phụ thuộc nào trong tờ khai thuế của họ không?  Có  Không  
Nếu có, hãy ghi rõ tên của những người phụ thuộc: \_\_\_\_\_

c. NGƯỜI THỨ 4 có được khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác không?  Có  Không  
Nếu có, vui lòng ghi rõ tên của người khai thuế: \_\_\_\_\_  
NGƯỜI THỨ 4 có liên quan đến người khai thuế này không? Nếu có thì mối quan hệ là gì? \_\_\_\_\_

7. NGƯỜI THỨ 4 có cần bảo hiểm y tế không?  
(Ngay cả khi họ có bảo hiểm, thì vẫn có thể có một chương trình với phạm vi bảo hiểm tốt hơn hoặc chi phí thấp hơn.)

**Có**, Nếu có, hãy trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây  
 **Không**, Nếu không, hãy ĐẾN THẲNG câu hỏi về thu nhập trên trang 14. Để trống phần còn lại của mục này

8. NGƯỜI THỨ 4 có phải là công dân Hoa Kỳ hay có Quốc tịch Hoa Kỳ không?  Có  Không

9a. Nếu NGƯỜI THỨ 4 không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc có quốc tịch Hoa Kỳ, người này có tư cách lưu trú hợp pháp không?

Có. Điền loại giấy tờ tùy thân và số ID của họ vào bên dưới:

a. Loại giấy tờ xuất nhập cảnh: \_\_\_\_\_

b. Số ID của giấy tờ: \_\_\_\_\_

c. Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ: \_\_\_\_\_

d. NGƯỜI THỨ 4, vợ/chồng hoặc cha mẹ của họ có phải là cựu chiến binh hoặc quân nhân tại ngũ của Quân đội Hoa Kỳ không?  Có  Không

10. Nếu gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY CHỌN - đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Mexico  Người Mỹ gốc Mexico  Puerto Rico  Cuba  Khác: \_\_\_\_\_

11. Chủng tộc (TÙY CHỌN - Đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Người da trắng hoặc người Cáp-ca  Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi

Người châu Á  Người Hawaii bản địa

Người dân đảo Thái Bình Dương khác

Người Mỹ da đỏ hoặc Thổ dân Alaska (Nếu đúng, hãy hoàn thành Phụ lục B)

Khác: \_\_\_\_\_

12. NGƯỜI THỨ 4 có sống cùng địa chỉ với quý vị không? Nếu không, hãy ghi rõ địa chỉ: _____		13. NGƯỜI THỨ 4 có phải là cư dân bang Bắc Carolina không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
14. NGƯỜI THỨ 4 có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không sinh bao nhiêu bé? _____		Nếu có, lần mang thai này dự kiến	
15. NGƯỜI THỨ 4 có sống với ít nhất một trẻ em dưới 18 tuổi và là người chăm sóc chính của đứa trẻ đó không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		16. NGƯỜI THỨ 4 có được nhận nuôi dưới dạng chăm sóc thay thế ở bang Bắc Carolina khi họ tròn <input type="checkbox"/> 18 tuổi không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
17a. NGƯỜI THỨ 4 có bị khuyết tật không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	17b. NGƯỜI THỨ 4 có từ 65 tuổi trở lên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	17c. NGƯỜI THỨ 4 có bị mù không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
18. NGƯỜI THỨ 4 có bệnh lý về thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc gây ra những hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, v.v.), sống trong cơ sở y tế, viện dưỡng lão và/hoặc cần dùng các dịch vụ tại nhà và dựa vào cộng đồng (CAP) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
19. NGƯỜI THỨ 4 có cần được trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế trong 3 tháng qua không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau nếu NGƯỜI THỨ 4 từ 22 tuổi trở xuống:

20. NGƯỜI THỨ 4 có bảo hiểm do làm việc và mất bảo hiểm đó trong vòng 3 tháng qua không?  Có     Không  
a. Nếu có, ngày kết thúc: \_\_\_\_\_ b. Lý do bảo hiểm kết thúc: \_\_\_\_\_



# BƯỚC 2 – Người thứ 4

## Thông Tin Về Công Việc & Thu Nhập Hiện Tại

21. Người thứ 4 (Đánh dấu một mục)

**Làm thuê cho người khác**

Nếu quý vị hiện đang làm thuê cho người khác, hãy cho chúng tôi biết về mức thu nhập của quý vị. Bắt đầu với câu hỏi 22.

**Tự kinh doanh**

Đến thẳng câu hỏi 31.

**Không có việc làm**

Đến thẳng câu hỏi 32.

### CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 1:

22. Tên và địa chỉ của chủ lao động

23. Số điện thoại của chủ lao động:

( ) -

24. Tiền lương/tiền tip (trước thuế)  Giờ  Tuần  Mỗi 2 tuần  Hai lần một tháng  Tháng  Năm

\$ \_\_\_\_\_

25. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN: \_\_\_\_\_

### CÔNG VIỆC HIỆN TẠI 2: (Nếu quý vị có nhiều việc làm hơn và cần thêm chỗ để ghi, hãy đính kèm một tờ giấy khác)

26. Tên và địa chỉ của chủ lao động

27. Số điện thoại của chủ lao động:

( ) -

28. Tiền lương/tiền tip (trước thuế)  Giờ  Tuần  Mỗi 2 tuần  Hai lần một tháng  Tháng  Năm

\$ \_\_\_\_\_

29. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN: \_\_\_\_\_

30. Trong năm qua, NGƯỜI THỨ 4 đã:

Thay đổi công việc  Ngừng làm việc  Bắt đầu làm việc ít thời gian hơn  Không mục nào trong số này

31. Nếu tự kinh doanh, hãy trả lời các câu hỏi sau:

a. Loại công việc: \_\_\_\_\_

b. Thu nhập net (lợi nhuận sau khi thanh toán chi phí kinh doanh) quý vị sẽ nhận được từ hoạt động tự kinh doanh đó trong tháng này là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

32. **THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu tất cả những mục phù hợp và khai rõ số tiền và tằn suất quý vị nhận được.

**LƯU Ý:** NGƯỜI THỨ 4 không cần phải cho chúng tôi biết về tiền cấp dưỡng cho con, trợ cấp cựu chiến binh, hoặc Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI).

Không có \$ \_\_\_\_\_ Tằn suất \_\_\_\_\_

Thu nhập net từ nuôi trồng/đánh bắt \$ \_\_\_\_\_ Tằn suất \_\_\_\_\_

Thất nghiệp \$ \_\_\_\_\_ Tằn suất \_\_\_\_\_

Thu nhập net từ cho thuê/tiền bản quyền \$ \_\_\_\_\_ Tằn suất \_\_\_\_\_

Lương hưu \$ \_\_\_\_\_ Tằn suất \_\_\_\_\_

An sinh xã hội \$ \_\_\_\_\_ Tằn suất \_\_\_\_\_

Thu nhập khác \$ \_\_\_\_\_ Tằn suất \_\_\_\_\_  
Loại: \_\_\_\_\_

Tài khoản hưu trí \$ \_\_\_\_\_ Tằn suất \_\_\_\_\_

Tiền cấp dưỡng đã nhận \$ \_\_\_\_\_ Tằn suất \_\_\_\_\_

29. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu tất cả những mục phù hợp và khai rõ số tiền và tần suất quý vị nhận được.

Nếu NGƯỜI THỨ 4 chi trả một số khoản có thể được khấu trừ trên tờ khai thuế thu nhập liên bang, hãy khai rõ vì như vậy có thể giúp giảm đôi chút phí bảo hiểm y tế.

Đừng gộp chi phí mà quý vị đã trả lời trong câu hỏi về thu nhập net từ hoạt động tự kinh doanh cho NGƯỜI THỨ 3 (câu hỏi 31b)

- Tiền cấp dưỡng đã trả            \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_
- Lãi suất vay cho sinh viên        \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_
- Các khoản khấu trừ khác        \$ \_\_\_\_\_ Tần suất \_\_\_\_\_            Loại: \_\_\_\_\_
- 

30. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ điền nếu thu nhập của NGƯỜI THỨ 4 thay đổi giữa tháng này so với tháng khác. Nếu quý vị không dự kiến có sự thay đổi về mức thu nhập hàng tháng của NGƯỜI THỨ 4, hãy thêm người khác hoặc chuyển sang phần tiếp theo.

Tổng thu nhập của NGƯỜI THỨ 4 trong năm nay        \$ \_\_\_\_\_

Tổng thu nhập của NGƯỜI THỨ 4 trong năm tới (nếu quý vị nghĩ rằng sẽ có sự thay đổi)        \$ \_\_\_\_\_

---

### **XIN CẢM ƠN! Đây là tất cả những thông tin chúng tôi cần biết về NGƯỜI THỨ 3**

Nếu quý vị cần khai nhiều người hơn, hãy sao chép NGƯỜI Ở BƯỚC 3 (trang 6 đến 9) và hoàn thành phần khai cho mỗi người muốn thêm

# BƯỚC 3

## Thành viên gia đình là Người Mỹ da đỏ hoặc Thổ dân Alaska (AI/AN)

1. Quý vị hoặc người mà quý vị đang xin trợ cấp cho họ có phải là người Mỹ da đỏ hay thổ dân Alaska không?

- Nếu có, hãy hoàn thành Phụ lục B.
- Nếu không, hãy hoàn thành Bước 4.

# BƯỚC 4 – Bảo Hiểm Y Tế Của Gia Đình Quý Vị

Hãy trả lời những câu hỏi này cho những người cần bảo hiểm y tế

1. Có người nào hiện đã đăng ký bảo hiểm y tế từ những nguồn sau đây không?

- Có**       **Không**

Nếu có, hãy kiểm tra loại bảo hiểm và viết tên (những) người đó bên cạnh loại bảo hiểm mà họ có:

- Medicaid: \_\_\_\_\_
- Medicare: \_\_\_\_\_
- TRICARE (Đừng đánh dấu nếu quý vị có Direct Care hoặc Line of Duty)
- Các chương trình chăm sóc sức khỏe VA: \_\_\_\_\_
- Peace Corps: \_\_\_\_\_
- Khác: \_\_\_\_\_

Tên của Bảo hiểm y tế: \_\_\_\_\_ Số Hợp Đồng: \_\_\_\_\_  
Loại bảo hiểm: \_\_\_\_\_

2. Có người nào được nêu tên trong đơn đăng ký này có bảo hiểm y tế do đi làm không? Đánh dấu có ngay cả khi bảo hiểm do người khác đi làm, chẳng hạn như cha mẹ hoặc vợ/chồng.

- Có** Nếu có, quý vị sẽ cần phải điền và kèm theo Phụ lục A
- Không** Nếu không, hãy tiếp tục đi đến bước 5.

3. Quý vị hoặc người xin trợ cấp có bị tai nạn trong 12 tháng qua không?  Có  Không

4. Có trẻ nào trong đơn đăng ký này có cha hoặc mẹ không sống cùng gia đình không?  Có  Không

# BƯỚC 5 – Đọc và ký tên vào đơn này

Tôi ký đơn này theo hình phạt về tội khai man, điều đó có nghĩa là tôi đã trả lời chính xác tất cả các câu hỏi trong biểu mẫu này theo những gì tôi hiểu rõ nhất. Tôi biết rằng tôi có thể bị phạt theo luật liên bang nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch và/hoặc không đúng sự thật.

- Tôi biết rằng tôi phải báo cho Marketplace và Medicaid biết nếu có bất kỳ thay đổi nào trong đơn đăng ký này. Tôi có thể truy cập ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) hoặc gọi cho số 1-888-245-0179 để báo cáo mọi thay đổi. Tôi hiểu rằng mỗi một thay đổi trong thông tin của tôi phải được báo cáo trong vòng 10 ngày theo lịch và có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện của tôi.
- Tôi biết rằng theo luật liên bang, không được phép phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tình dục, bản dạng giới hoặc khuyết tật. Tôi có thể nộp đơn khiếu nại hành vi phân biệt đối xử bằng cách truy cập [medicaid.ncdhhs.gov/dueprocessrights050311/open](http://medicaid.ncdhhs.gov/dueprocessrights050311/open)
- Tôi biết rằng bất kỳ thông tin nào được cung cấp cho Marketplace hoặc Medicaid/NCHC sẽ được bảo vệ và giữ bí mật.
- Tôi biết rằng thông tin trong đơn này là cần thiết để xác định xem tôi có đủ điều kiện được trợ giúp thanh toán bảo hiểm y tế và/hoặc Medicaid hay không và sẽ được kiểm tra dựa trên cơ sở dữ liệu điện tử, Doanh Thu Nội Bộ (IRS), An Sinh Xã Hội, Bộ Nội An, các cơ quan báo cáo của người tiêu dùng, các tổ chức tài chính và/hoặc các cơ quan chính phủ khác.

## Gia hạn bảo hiểm trong những năm tới

Để thuận tiện cho việc xác định xem tôi có đủ điều kiện được trợ giúp chi trả bảo hiểm y tế trong những năm tới hay không, tôi đồng ý cho phép Marketplace sử dụng dữ liệu về thu nhập, bao gồm các thông tin từ tờ khai thuế. Marketplace sẽ gửi thông báo cho tôi, cho phép tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào và tôi có thể chọn không tham gia bất cứ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tính đủ điều kiện của tôi cho tới:

- 5 năm (số năm tối đa được phép)
- 4 năm
- 3 năm
- 2 năm
- 1 năm
- Không sử dụng thông tin từ tờ khai thuế để gia hạn bảo hiểm của tôi.

## Tính đủ điều kiện của Medicaid

- Tôi hiểu rằng ngày nộp đơn xin Medicaid là ngày Sở Dịch Vụ Xã Hội địa phương nhận được đơn.
- Tôi hiểu rằng có thể yêu cầu bảo hiểm Medicaid thanh toán bất kỳ hóa đơn y tế nào phát sinh tối đa ba tháng trước tháng nộp đơn.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi đăng ký Medicaid, tôi sẽ trao quyền cho Medicaid theo đuổi và nhận các khoản tiền từ bảo hiểm y tế khác, hòa giải pháp lý hoặc các bên thứ ba khác. Tôi cũng đang trao quyền cho Medicaid theo đuổi và nhận cấp dưỡng y tế từ vợ/chồng hoặc cha/mẹ.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu hợp tác với cơ quan chuyên thu tiền cấp dưỡng y tế từ người cha hoặc người mẹ vắng mặt. Nếu tôi cho rằng việc hợp tác để thu tiền cấp dưỡng y tế sẽ gây tổn hại cho tôi hoặc con tôi, tôi có thể báo cho Medicaid và tôi có thể không phải hợp tác.
- Tôi hiểu rằng nếu được xét đủ điều kiện nhận quyền lợi Medicaid đầy đủ, tôi có quyền được hỗ trợ vận chuyển y tế.
- Tôi hiểu rằng luật Liên bang và Tiểu bang yêu cầu Bộ Phúc Lợi Y Tế nộp đơn yêu cầu giải quyết đối với tài sản của một số cá nhân để thu hồi số tiền được chương trình Medicaid chi trả trong thời gian cá nhân đó nhận được hỗ trợ thanh toán một số dịch vụ y tế nhất định.
- Tôi hiểu rằng bất kỳ nguồn tài sản nào được chuyển nhượng dưới tên của bất kỳ người nào đang xin trợ cấp Medicaid không đúng giá thị trường có thể dẫn đến việc không đủ điều kiện được hỗ trợ chi phí chăm sóc tại viện dưỡng lão và/hoặc chăm sóc tại nhà.
- Tôi hiểu rằng Bắc Carolina phải được chỉ định là người thụ hưởng đối với khoản niên kim được mua sau ngày 1 tháng 11 năm 2007.

## Quyền kháng cáo của tôi

Nếu tôi cho rằng Health Insurance Marketplace hoặc Medicaid đã mắc sai lầm, tôi có thể kháng cáo quyết định của họ. Kháng cáo có nghĩa là nói với ai đó tại Health Insurance Marketplace hoặc Medicaid rằng tôi cho rằng hành động này là sai và yêu cầu xem xét hành động đó một cách công bằng. Tôi biết rằng tôi có thể liên hệ với Bộ Dịch Vụ Xã Hội hoặc gọi cho số 1-888-245-0179 để tìm hiểu cách kháng cáo. Tôi biết rằng một người khác có thể đại diện cho tôi trong quá trình kháng cáo. Tôi sẽ được giải thích về tính đủ điều kiện của tôi và các thông tin quan trọng khác.

Ký tên vào đơn này. Người đã điền Bước 1 cần ký vào đơn này. Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị có thể ký tại đây, sau khi quý vị đã cung cấp thông tin được yêu cầu trong Phụ lục C.

Chữ ký

Ngày (ngày/tháng/năm)

## **BƯỚC 6** Đơn đăng ký đã hoàn thành

**Mang đơn của quý vị đến Sở Dịch Vụ Xã Hội Quận tại địa phương hoặc gửi qua đường bưu điện([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)).**

Nếu quý vị KHÔNG đăng ký bỏ phiếu ở nơi quý vị đang sống, hôm nay quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu ở đây không?

Có  Không

Nếu quý vị muốn đăng ký bỏ phiếu, quý vị có thể điền mẫu đơn đăng ký bỏ phiếu tại [ncsbe.gov](http://ncsbe.gov) Việc nộp đơn hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà quý vị sẽ nhận được từ cơ quan này. Nếu quý vị muốn được hỗ trợ khi điền mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quyết định xem hoặc chấp nhận sự giúp đỡ là của quý vị. Quý vị có thể tự điền mẫu đơn. Nếu quý vị tin rằng có người đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hay nộp đơn đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền lựa chọn đảng phái chính trị hay sở thích chính trị khác của riêng quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Hội Đồng Bầu Cử.