

## PHỤ LỤC D

## THU NHẬP/NGUỒN LỰC

Lưu ý: Quý vị chỉ cần hoàn thành mẫu đơn này nếu đang yêu cầu Medicaid cho người già, người mù, người khuyết tật, dịch vụ chăm sóc dài hạn hoặc các dịch vụ tại gia (CAP).

Hoàn thành cho bản thân quý vị, vợ/chồng và con cái dưới 21 tuổi trong gia đình nhận được bất kỳ khoản thu nhập nào hoặc sở hữu bất kỳ nguồn lực nào được liệt kê dưới đây. Chọn tất cả những mục áp dụng, đưa ra giá trị số tiền và số tài khoản (nếu có).

**Hãy cho chúng tôi biết về thu nhập khác của quý vị.**

Loại Thu Nhập	Người Nhận	Số Tiền Nhận Được	Tần Suất Nhận (hàng tháng, hàng tuần, v.v.)
Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Trợ Cấp Cựu Chiến Binh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Tiền Cấp Dưỡng Nuôi Con <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Thu Nhập Cổ Tức/Lãi Suất từ Quỹ Tín Thác <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Niên Kim <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Thu Nhập từ Kỳ Phiếu <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Bồi Thường cho Người Lao Động <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Khoản Đóng Góp <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Loại Thu Nhập Khác <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không _____		\$	

**Hãy cho chúng tôi biết về bảo hiểm nhân thọ của quý vị.**

Chủ Sở Hữu	Tên/Địa Chỉ Công Ty	Số Hợp Đồng	Mệnh Giá	Giá Trị Tiền Mặt
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

**Hãy cho chúng tôi biết về tài sản thanh khoản của quý vị.**

Loại Tài Khoản	Chủ Sở Hữu	Ngân Hàng/Công Ty	Số Tài Khoản	Giá Trị
Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Thanh Toán <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Tiết Kiệm <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Ghi Nợ Trả Trước <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Thị Trường Tiền Tệ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Chứng Chỉ Tiền Gửi <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Quỹ Tương Hồ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Tài Khoản Tín Thác/Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Hợp Đồng Mai Táng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
401K/IRA <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Niên Kim <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Cổ Phiếu/Trái Phiếu <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Kỳ Phiếu <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Kỳ Phiếu <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Hộp Ký Gửi An Toàn <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Loại Thu Nhập Khác _____ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$