

ĐƠN XIN TRỢ GIÚP ĐÓNG TIỀN MEDICARE

Xin đọc những điều dưới đây trước khi điền đơn. Quý vị sẽ cần trả lời tất cả các câu hỏi, trước khi chúng tôi biết có thể giúp được gì cho quý vị hay không. Nếu quý vị cần giúp điền bất cứ phần nào của mẫu đơn này, xin gọi cho văn phòng Medicaid tại địa phương.

Đương Đơn

Họ	Tên	Chữ đầu Tên Lót
Địa Chỉ Nơi Sinh Sống	Thành phố	Tiểu bang SỐ ZIP
Địa Chỉ Gửi Thư (Nếu Khác)	Thành phố	Tiểu bang SỐ ZIP
Điện Thoại: Nhà: Di Động: Số Khác:	Các Dịch Vụ Thông Dịch: Quý vị có trở ngại nói, đọc hoặc viết bằng tiếng Anh không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu quý vị cần người thông dịch, chúng tôi sẽ cung cấp. Cho chúng tôi biết quý vị nói ngôn ngữ nào.	
Tình Trạng Hôn Phối: Độc thân <input type="checkbox"/> Có vợ/chồng <input type="checkbox"/> Góa bụa <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/>		

Người Đại Diện/Người Bảo Trợ

Họ	Tên	Chữ đầu Tên Lót
Địa Chỉ Nơi Sinh Sống	Thành phố	Tiểu bang SỐ ZIP
Địa Chỉ Gửi Thư (Nếu Khác)	Thành phố	Tiểu bang SỐ ZIP
Quan Hệ Với Đương Đơn:	Điện Thoại: Nhà:	Di Động: Số Khác:

Các Thành Viên Trong Gia Đình

Liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình. Dùng tên hợp pháp (như đã ghi trên thẻ Medicare hoặc giấy khai sanh).

Tên (Họ, Tên, Chữ đầu Tên Lót)	Quan hệ với Đương Đơn	Tháng/ Ngày/ Năm sinh	Làm đơn xin các quyền lợi?	Số An Sinh Xã Hội	Giới tính Nam/Nữ
	Bản thân	/ /	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
	Người phối ngẫu	/ /	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
	Người khác (Xác Định rõ)	/ /	Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application --VIETNAMESE

Tài Sản

Mỗi người mà quý vị để tên vào đơn xin này là người có tài sản, liệt kê tài sản của họ dưới đây. Ghi loại tài sản, người làm chủ tài sản và tài sản được làm chủ bởi cá nhân hoặc kết hợp với người khác. Tài sản bao gồm, liệt kê tất cả nếu quý vị có, mà không chỉ giới hạn những điều sau đây:

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiền Mặt • Chi Phiếu • Tiết Kiệm • Trương Mục Thị Trường Tiền Tệ | <ul style="list-style-type: none"> • Quỹ Đầu Tư • Trái Phiếu Tiết Kiệm • Chứng Khoán • Chứng Từ Ký Thác (CD) | <ul style="list-style-type: none"> • Trương Mục Hưu Trí Cá Nhân (IRAs) • Tài Sản Địa Ốc (ngoại trừ Nhà Ở Chính) |
|---|--|---|

Loại Tài Sản	Tên của (các) Sở Hữu Chủ	Chủ Quyền	Giá Trị Hiện Tại
		Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>	\$
		Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>	\$
		Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>	\$
		Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>	\$
		Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>	\$
		Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>	\$
		Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>	\$

Quý vị hay người phối ngẫu của quý vị có sở hữu bất cứ chiếc xe nào (xe hơi, xe tải, tàu bè, nhà trên xe, xe gắn máy, xe cắm trại, và/hoặc xe kéo)? Nếu có, xin liệt kê dưới đây:

Tên của (các) Sở Hữu Chủ	Chủ Quyền	Loại Xe	Đời xe	Kiểu/Hiệu Xe	Giá Trị	Số Tiền Nợ
	Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Cá Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hợp <input type="checkbox"/>				\$	\$

Quý vị hay người phối ngẫu của quý vị có hợp đồng bảo hiểm trọn đời với giá trị tiền mặt hay không? Nếu có, xin liệt kê dưới đây:

Chủ Hợp Đồng	Tên Công Ty Bảo Hiểm/Số Hợp Đồng	(các) Cá Nhân Được Bảo Hiểm	Giá Trị Hiện Tại	Giá Trị Tiền Mặt
			\$	\$
			\$	\$

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application --VIETNAMESE

Đọc Kỹ Trước Khi Ký

Tôi hiểu rằng:

- Tôi phải báo ngay cho văn phòng Medicaid, bằng văn bản, hoặc qua điện thoại, bất cứ sự thay đổi nào về tình trạng của tôi. Báo cáo trễ có thể đưa đến các quyền lợi không đúng.
- Tình trạng của tôi sẽ phải chịu sự kiểm chứng của văn phòng Medicaid, hoặc các cơ quan của Tiểu Bang hoặc Liên Bang khác.
- Tôi cần cung cấp bằng chứng nếu hội đủ điều kiện để được giúp đỡ. Văn phòng Medicaid có thể giúp tôi lấy bằng chứng, hoặc liên lạc với những người hoặc cơ quan khác để lấy bằng chứng này.
- Qua việc hỏi xin và nhận các phúc lợi về y tế, Tôi trao cho Tiểu Bang tất cả các quyền hành, với bất cứ sự hỗ trợ y tế nào, cũng như bất cứ số tiền trả chăm sóc y tế cho nhóm thứ ba.

Công Bố và Chữ Ký

Tôi đã đọc và hiểu tất cả những điều trong đơn xin này. Tôi tuyên bố, chiếu theo hình phạt về tội khai dối, lời khai mà tôi điền trong đơn xin này là sự thật, đúng, và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ Ký của Đương Đơn

Ngày

Chữ Ký của Người Phối Ngẫu (Nếu có)

Ngày

Chữ Ký của Người Giúp Cho Đương Đơn

Cơ Quan

Ngày