

Hoàn tất phụ lục này nếu quý vị hoặc một thành viên trong gia đình là Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska. Nộp phụ lục này kèm theo đơn xin bảo hiểm sức khỏe của quý vị.

**Cung cấp cho chúng tôi thông tin về (các) thành viên trong gia đình của quý vị là Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska.**

Người Mỹ Bản Địa và Người Bản Địa Alaska có thể nhận dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Bản Địa, các chương trình y tế dành cho bộ lạc hoặc chương trình y tế dành cho Người Bản Địa ở khu vực đô thị. Ngoài ra, có thể họ sẽ không phải thanh toán khoản chia sẻ chi phí và có khả năng được bố trí các giai đoạn ghi danh hàng tháng đặc biệt. Trả lời những câu hỏi sau nhằm bảo đảm gia đình của quý vị nhận được sự trợ giúp hữu ích nhất có thể.

**GHI CHÚ:** Nếu quý vị muốn bổ sung thêm người vào phụ lục, hãy làm thêm một bản của trang này rồi đính kèm.

	NGƯỜI AI/AN SỐ 1	NGƯỜI AI/AN SỐ 2
1. Tên (Tên, Tên đệm viết tắt [Middle Name Initial, MI], Họ)	Tên MI Họ	Tên MI Họ
2. Thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận?	<input type="checkbox"/> Đúng <b>Nếu câu trả lời là “Đúng”,</b> ghi rõ tên của bộ lạc và tiểu bang <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Đúng <b>Nếu câu trả lời là “Đúng”,</b> ghi rõ tên của bộ lạc và tiểu bang <input type="checkbox"/> Không
3. Người này đã từng nhận được dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Bản Địa, chương trình y tế dành cho bộ lạc hoặc chương trình y tế dành cho Người Bản Địa ở khu vực đô thị hoặc thông qua giới thiệu từ một trong những chương trình này chưa?	<input type="checkbox"/> Đã từng <input type="checkbox"/> Chưa từng <b>Nếu câu trả lời là “Chưa từng”,</b> người này có hội đủ điều kiện nhận dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Bản Địa, các chương trình y tế dành cho bộ lạc hoặc chương trình y tế dành cho Người Bản Địa ở khu vực đô thị hoặc thông qua giới thiệu từ một trong những chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Đã từng <input type="checkbox"/> Chưa từng <b>Nếu câu trả lời là “Chưa từng”,</b> người này có hội đủ điều kiện nhận dịch vụ từ Dịch Vụ Y Tế cho Người Bản Địa, các chương trình y tế dành cho bộ lạc hoặc chương trình y tế dành cho Người Bản Địa ở khu vực đô thị hoặc thông qua giới thiệu từ một trong những chương trình này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Một số tiền nhất định nhận được có thể không được tính vào Medicaid hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe dành cho Trẻ Em của Kentucky (Kentucky Children’s Health Insurance Program, KCHIP). Liệt kê bất kỳ khoản thu nhập nào (số tiền và tần suất) được báo cáo trong đơn xin của quý vị, bao gồm cả tiền từ các nguồn sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>Các khoản thanh toán theo định suất từ một bộ lạc có nguồn là những tài nguyên thiên nhiên, quyền sử dụng, hạng mục cho thuê hoặc tiền thuê mỏ</li> <li>Các khoản thanh toán có nguồn là những tài nguyên thiên nhiên, canh tác nông nghiệp, chăn nuôi gia súc, đánh bắt cá, hạng mục cho thuê hoặc tiền thuê mỏ từ đất được Bộ Nội Vụ chỉ định là đất ủy thác của Người Bản Địa (bao gồm cả những khu vực hiện là biệt khu và từng là biệt khu)</li> <li>Tiền có nguồn gốc là hoạt động buôn bán những mặt hàng có giá trị văn hóa</li> </ul>	\$ _____  Tần suất như thế nào?  _____	\$ _____  Tần suất như thế nào?  _____

Nếu quý vị cần trợ giúp về đơn xin hoặc cần nộp đơn xin trực tuyến với tốc độ nhanh hơn, hãy truy cập [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).