



Bảo Hiểm Sức Khỏe và Trợ Giúp Thanh Toán Chi Phí Đơn Xin dành cho Nhiều Người

Tham khảo đơn xin này để nắm được những lựa chọn bảo hiểm quý vị đủ điều kiện nhận

Đơn xin này dành cho ai?

Nộp đơn xin trực tuyến với tốc độ nhanh hơn

Thông tin/giấy tờ quý vị có thể cần để nộp đơn xin

Tại sao chúng tôi yêu cầu cung cấp thông tin này?

Bước tiếp theo

Cách nhận trợ giúp

- Bảo hiểm có mức chi phí thấp hoặc miễn phí từ Medicaid hoặc Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe dành cho Trẻ Em của Kentucky (Kentucky Children's Health Insurance Program, KCHIP)
- Chương trình Hỗ Trợ Thanh Toán có thể giúp quý vị thanh toán bảo hiểm sức khỏe của mình
- Các chương trình bảo hiểm sức khỏe có giá cả hợp lý đề nghị cung cấp bảo hiểm toàn diện để giúp quý vị giữ gìn sức khỏe

Các thành viên thuộc hộ gia đình (vợ/chồng, bạn đời, con cái, thành viên khác) thỏa mãn điều kiện:

- Sinh sống ở Kentucky và dự định sinh sống ở Kentucky
- Có tên trong tờ khai thuế của quý vị ngay cả khi không sinh sống cùng quý vị
- Sinh sống cùng quý vị ngay cả khi không nộp thuế

Nộp đơn xin trực tuyến với tốc độ nhanh hơn tại địa chỉ www.kynect.ky.gov.

- Số an sinh xã hội của quý vị (hoặc mã số giấy tờ nếu quý vị là người nhập cư hợp pháp)
- Thông tin về người sử dụng lao động và thu nhập (ví dụ: phiếu lương, các mẫu W-2, thư cấp quyền lợi hoặc bảng lương và bảng kê thuế)

Chúng tôi yêu cầu quý vị cung cấp **Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN), thu nhập** và những thông tin khác để xét xem quý vị có đủ điều kiện và liệu quý vị có thể nhận bất kỳ trợ giúp nào để thanh toán chi phí bảo hiểm sức khỏe của mình hay không.

Nếu quý vị cần trợ giúp lấy SSN, hãy gọi số 1-800-772-1213 hoặc truy cập socialsecurity.gov. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778.

Theo quy định của pháp luật, chúng tôi sẽ giữ bí mật toàn bộ thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi. Số an sinh xã hội được sử dụng để xác minh thu nhập của quý vị và nhằm đối chiếu trên máy tính với những cơ quan khác, chẳng hạn như Sở Dịch Vụ Việc Làm Kentucky, Sở Thuế Vụ và các nguồn đối chiếu khác. Số An Sinh Xã Hội sẽ không được sử dụng để báo cáo bất kỳ cá nhân nào với Cơ Quan Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS).

- Gửi qua đường bưu điện hoặc fax đơn xin đã hoàn tất thông tin, ký tên tới địa chỉ:

Kynect Health Coverage
P.O. Box 2104
Frankfort, KY 40602
Fax: 1-502-573-2007

- **Bất chấp trường hợp không thể cung cấp đầy đủ thông tin chúng tôi yêu cầu, quý vị đừng ngần ngại nộp đơn xin.** Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị để thu thập thông tin còn thiếu nếu chúng tôi không thể hoàn tất quá trình xác định dựa trên thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi.
- **Nếu chúng tôi có thể đưa ra kết quả xác định,** chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin chi tiết về các bước quý vị sẽ cần làm theo để chọn một chương trình. Quý vị sẽ cần thao tác trực tuyến, gọi cho chúng tôi hoặc nhận hỗ trợ từ đại lý bảo hiểm hoặc người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect để ghi danh tham gia chương trình.

- **Trực tuyến:** www.kynect.ky.gov
- **Qua điện thoại:** Gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số **1-855-4kynect (459-6328)**
- **Trực tiếp:** Tìm danh sách những địa điểm gần nơi sinh sống của quý vị bằng cách truy cập trang web hoặc gọi cho chúng tôi.
- **Liên lạc với đại lý bảo hiểm hoặc người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect:** Truy cập trang web của chúng tôi hoặc gọi số call 1-855- 4kynect (459-6328) để lấy danh sách đại lý bảo hiểm và người hỗ trợ quyền lợi sức khỏe của kynect gần quý vị.
- **Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- Người dùng TTY hãy gọi số **1-855-459-6328**



Bảo Hiểm Sức Khỏe và Trợ Giúp Thanh Toán Chi Phí Đơn Xin dành cho Nhiều Người

BƯỚC 1 Cung Cấp cho Chúng Tôi Thông Tin về Quý Vị (Bên Chịu Trách Nhiệm)

Hoàn tất thông tin về Bên Chịu Trách Nhiệm vào phần này của đơn xin (ngay cả khi Bên Chịu Trách Nhiệm không sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm). Nếu quý vị đang hoàn tất đơn xin này thay người khác, quý vị phải sử dụng **Phụ Lục B** để điền thông tin liên lạc của mình.



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

1. Tên, Tên đệm viết tắt, Họ và Phần hậu tố (như trên thẻ An Sinh Xã Hội của quý vị)

2. Số An Sinh Xã Hội (SSN)

Chúng tôi cần SSN của quý vị nếu quý vị muốn xin bảo hiểm và có SSN. Ngoài ra, quý vị có thể hưởng lợi từ việc cung cấp SSN của mình cho chúng tôi nếu quý vị không muốn xin bảo hiểm sức khỏe vì việc này có thể đẩy nhanh quá trình nộp đơn xin.

3. Nếu quý vị muốn xin bảo hiểm, đồng thời không cung cấp SSN, hãy chọn lý do không cung cấp SSN.

- Từ chối vì lý do tôn giáo Đã nộp đơn xin SSN Không hội đủ điều kiện nhận SSN
 Không có SSN và có thể chỉ được cấp SSN với lý do không liên quan đến việc làm hợp lệ Từ chối cung cấp SSN
 Tôi không muốn cung cấp vì tôi không sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm

4. Nếu quý vị sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe, hãy đánh dấu vào đây và trả lời tất cả các câu hỏi.

Nếu quý vị **không sử dụng mẫu này để nộp đơn xin** bảo hiểm sức khỏe, vui lòng **không trả lời** các câu hỏi 26 – 34 trên trang tiếp theo.

5. Ngày Sinh (mm/dd/yyyy)

6. Giới Tính

- Nam Nữ

7. Quý vị có sinh sống ở Kentucky và dự định sinh sống ở Kentucky không? (Chỉ bắt buộc trả lời nếu quý vị muốn xin bảo hiểm)

- Có Không

8. Địa Chỉ Nhà - **Đánh dấu vào đây nếu quý vị không có Địa Chỉ Nhà. Quý vị vẫn phải điền Địa Chỉ Gửi Thư Bưu Điện vào bên dưới.**

9. Thành Phố

10. Tiểu Bang

11. Mã Bưu Chính

12. Quận

13. Địa Chỉ Gửi Thư Bưu Điện (Chỉ bắt buộc trả lời nếu địa chỉ này khác với địa chỉ nhà)

14. Thành Phố

15. Tiểu Bang

16. Mã Bưu Chính

17. Quận

18. Số Điện Thoại Chính Nhà Nơi Làm Việc Di Động

19. Số Điện Thoại Phụ Động

Nhà Nơi Làm Việc Di Động

20. Đánh dấu vào đây để từ chối nhận thông báo qua tin nhắn văn bản từ kynect gửi tới số điện thoại chính của quý vị.

Đánh dấu vào đây để từ chối nhận thông báo qua tin nhắn văn bản từ kynect gửi tới số điện thoại phụ của quý vị.

21. Ngôn Ngữ Nói Ưu Tiên (nếu không phải là tiếng Anh)

22. Ngôn Ngữ Viết Ưu Tiên (nếu không phải là tiếng Anh)

23. kynect sẽ gửi **Mẫu 1095-A** cho quý vị và Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) để báo cáo thông tin ghi danh cũng như số tiền hỗ trợ thanh toán mà hộ gia đình đã nhận được trong năm bảo hiểm (nếu có). Quý vị có thể truy cập www.kynect.ky.gov hoặc liên lạc với Sở Dịch Vụ Cộng Đồng (Department for Community Based Services, DCBS) để yêu cầu nhận **Mẫu 1095-B** ứng với từng người trong hộ gia đình đã có bảo hiểm Medicaid trong năm. Các mẫu sẽ được gửi qua đường bưu điện hoặc nếu quý vị tại tài khoản trên kynect thì chúng tôi có thể chuyển sang thông báo cho quý vị qua email với nội dung quý vị đã có thể xem (các mẫu). Nếu quý vị muốn nhận thông báo qua email, hãy điền địa chỉ email của quý vị:

24. Là Bên Chịu Trách Nhiệm, quý vị có dự định nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang VÀO NĂM TỚI không? (Quý vị có thể nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe ngay cả khi quý vị không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang.)

- CÓ.** Nếu câu trả lời là “CÓ”, hãy trả lời các câu hỏi a – d. **KHÔNG.** Nếu câu trả lời là “Không”, hãy chuyển đến câu hỏi d.

a. Tư cách khai thuế của quý vị là gì? Vợ Chồng Khai Chung Hồ Sơ Thuế Vợ Chồng Khai Riêng Hồ Sơ Thuế
 Độc Thân Chủ Hộ Gia Đình

b. Nếu đã kết hôn, vợ/chồng của quý vị tên là gì? _____

c. Quý vị có bất kỳ người phụ thuộc có thể được khai trong tờ khai thuế nào không? Có Không

Nếu câu trả lời là “CÓ”, hãy liệt kê tên của (các) người phụ thuộc: _____



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

d. Quý vị có được khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác không? Có Không

Nếu câu trả lời là “Có”, hãy liệt kê tên của người nộp tờ khai thuế: _____

Quý vị có quan hệ gì với người nộp tờ khai thuế? _____

25. Quý vị có phải là Cha/Mẹ/Người Chăm Sóc của một thành viên khác trong hộ gia đình không? Có Không

Nếu câu trả lời là “Có”, vui lòng liệt kê tên của thành viên thuộc hộ gia đình: _____

Trả lời những câu hỏi sau chỉ khi quý vị muốn xin bảo hiểm:

26. Quý vị có được đề nghị tham gia bảo hiểm sức khỏe từ công việc (bao gồm cả công việc của người khác như công việc của vợ/chồng) không?

Có. **Nếu câu trả lời là “Có”,** quý vị sẽ cần hoàn tất và đính kèm **Phụ Lục A** cùng với đơn xin này. Không

27. Hiện tại, quý vị có ghi danh tham gia hoặc được đề nghị tham gia Quỹ Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế cho Bảo Hiểm Cá Nhân (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) hoặc Quỹ Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế cho Người Sử Dụng Lao Động Quy Mô Nhỏ Đủ Điều Kiện (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA) không?

Có. **Nếu câu trả lời là “Có”,** quý vị sẽ cần hoàn tất **các câu hỏi về Quỹ Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế (Health Reimbursement Arrangement, HRA) ở Bước 3** trong đơn xin này. Không

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

Nếu câu trả lời là “Có”, quý vị muốn được trợ giúp thanh toán cho (các) tháng nào? _____

29. Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ hoặc mang quốc tịch Hoa Kỳ không?

Có Không

30. Nếu là công dân hoặc mang quốc tịch Hoa Kỳ, quý vị là công dân theo diện nhập tịch hay thừa hưởng? Có Không

Nếu câu trả lời là “Có”, hãy cung cấp thông tin cho một trong những mục bên dưới.

Giấy Chứng Nhận Nhập Tịch

• Mã số Giấy Chứng Nhận Nhập Tịch: _____

• Số nhập cư: _____

Giấy Chứng Nhận Tư Cách Công Dân: _____

• Mã số Giấy Chứng Nhận Tư Cách Công Dân: _____

• Số nhập cư: _____

31. Nếu không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc không mang quốc tịch Hoa Kỳ, tư cách nhập cư của quý vị có hội đủ điều kiện không?

Có. Trả lời các câu hỏi a – d bên dưới.

a) Loại Giấy Tờ Nhập Cư: _____

b) Số ID Giấy Tờ: _____

c) Có phải quý vị đã sinh sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? Đúng Không

d) Quý vị xin được tư cách nhập cư hiện tại của mình khi nào? (mm/dd/yyyy) _____

32. Quý vị có bệnh lý thuộc diện cần cấp cứu nào không? Có Không

33. Quý vị có phải là cựu chiến binh hoặc quân nhân đang tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? Có Không

34. Quý vị có phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người gốc La-tinh hoặc người gốc Tây Ban Nha không? **(KHÔNG BẮT BUỘC)** Có Không

35. Chủng tộc -

(KHÔNG BẮT BUỘC)

Người Da Trắng

Người Mỹ Bản Địa

Người Philippines

Người Việt Nam

Người Đảo Guam hoặc

Người Da Đen

Người Bản Địa

Người Nhật Bản

Người Châu Á Khác

Chamorro

hoặc Người Mỹ Gốc Phi

Alaska

Người Hàn Quốc

Người Bản Địa Hawaii

Người Samoa

Người Trung Quốc

Người Ấn Độ Gốc Á

Người Dân Đảo Thái

Bình Dương Khác

36. Nếu gần đây, một thành viên thuộc hộ gia đình quý vị đã mất, quý vị có thể được trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế của thành viên đó. Vui lòng cung cấp cho chúng tôi thông tin sau đây về thành viên trong gia đình đã qua đời:

Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Giới Tính: Nam Nữ

Người này có phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người gốc La-tinh hoặc người gốc Tây Ban Nha không?

(KHÔNG BẮT BUỘC) Có Không Chủng tộc

(KHÔNG BẮT BUỘC): _____



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

BƯỚC 2 Các Thành Viên Khác trong Hộ Gia Đình

Tiếp theo, quý vị sẽ cần cung cấp cho chúng tôi thông tin về những thành viên khác trong hộ gia đình quý vị (bao gồm tất cả các thành viên thuộc hộ gia đình ngay cả khi họ không muốn xin bảo hiểm sức khỏe). Ghi thông tin của vợ/chồng, con cái và những thành viên khác thỏa mãn điều kiện: sinh sống ở Kentucky và dự định sinh sống ở Kentucky; có tên trong tờ khai thuế của quý vị (ngay cả khi họ không sinh sống cùng quý vị); và sinh sống trong hộ gia đình quý vị ngay cả khi không nộp thuế. Nếu số lượng người quý vị cần ghi thông tin trong đơn xin này nhiều hơn bốn, hãy đính kèm thêm trang trình bày thông tin của họ.

Bắt đầu từ các thành viên thuộc hộ gia đình khai thuế.



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Người Số 2

1. Tên, Tên đệm viết tắt, Họ và Phần hậu tố (như trên thẻ An Sinh Xã Hội)	2. Mối quan hệ với quý vị
3. Số An Sinh Xã Hội (SSN)	Chúng tôi cần SSN của NGƯỜI SỐ 2 nếu NGƯỜI SỐ 2 muốn xin bảo hiểm và có SSN. Ngoài ra, người này có thể hưởng lợi từ việc cung cấp SSN cho chúng tôi nếu không nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe vì việc này có thể đẩy nhanh quá trình nộp đơn xin.
4. Nếu NGƯỜI SỐ 2 muốn xin bảo hiểm, đồng thời không cung cấp SSN, hãy chọn lý do không cung cấp SSN. <input type="checkbox"/> Từ chối vì lý do tôn giáo <input type="checkbox"/> Đã nộp đơn xin SSN <input type="checkbox"/> Trẻ sơ sinh chưa có SSN <input type="checkbox"/> Không hội đủ điều kiện nhận SSN <input type="checkbox"/> Không có SSN và có thể chỉ được cấp SSN với lý do không liên quan đến việc làm hợp lệ <input type="checkbox"/> Từ chối cung cấp SSN <input type="checkbox"/> Tôi không muốn cung cấp vì tôi không sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm	
5. Nếu NGƯỜI SỐ 2 sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe, hãy đánh dấu vào đây <input type="checkbox"/> và trả lời tất cả các câu hỏi. Nếu NGƯỜI SỐ 2 không sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe, vui lòng không trả lời các câu hỏi 12 – 20.	
6. Ngày Sinh (mm/dd/yyyy)	7. Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
8. NGƯỜI SỐ 2 có sinh sống tại cùng một địa chỉ với BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu câu trả lời là “Có”, không điền địa chỉ vào bên dưới. <input type="checkbox"/> Không. Nếu câu trả lời là “Không”, hãy điền địa chỉ của NGƯỜI SỐ 2 vào bên dưới.	
9. Địa Chỉ Nhà	10. Địa Chỉ Gửi Thư Bưu Điện (Bắt buộc trả lời nếu địa chỉ này khác với Địa Chỉ Nhà)
11. NGƯỜI SỐ 2 có dự định nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang VÀO NĂM TỚI không? (Các cá nhân có thể nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe ngay cả khi họ không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang.) <input type="checkbox"/> CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”, hãy trả lời các câu hỏi a – d. <input type="checkbox"/> KHÔNG. Nếu câu trả lời là “Không”, hãy chuyển đến câu hỏi d. a. Tư cách khai thuế của NGƯỜI SỐ 2 là gì? <input type="checkbox"/> Vợ Chồng Khai Chung Hồ Sơ Thuế <input type="checkbox"/> Vợ Chồng Khai Riêng Hồ Sơ Thuế <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Chủ Hộ Gia Đình b. Nếu đã kết hôn, vợ/chồng tên là gì? _____ c. NGƯỜI SỐ 2 có bất kỳ người phụ thuộc có thể được khai trong tờ khai thuế nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời là “Có”, hãy liệt kê tên của (các) người phụ thuộc: _____ d. NGƯỜI SỐ 2 có được khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời là “Có”, vui lòng liệt kê tên của người nộp tờ khai thuế: _____ NGƯỜI SỐ 2 có quan hệ gì với người nộp tờ khai thuế? _____	
12. Quý vị có phải là Cha/Mẹ/Người Chăm Sóc của một thành viên khác trong hộ gia đình không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời là “Có”, vui lòng liệt kê tên của thành viên thuộc hộ gia đình: _____	
13. NGƯỜI SỐ 2 có được đề nghị tham gia bảo hiểm sức khỏe từ công việc (bao gồm cả công việc của người khác như công việc của cha/mẹ hoặc vợ/chồng) không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu câu trả lời là “Có”, quý vị sẽ cần hoàn tất và đính kèm Phụ Lục A cùng với đơn xin này. <input type="checkbox"/> Không	
14. Hiện tại, NGƯỜI SỐ 2 có ghi danh tham gia hoặc được đề nghị tham gia Quỹ Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế cho Bảo Hiểm Cá Nhân (ICHRA) hoặc HRA cho Người Sử Dụng Lao Động Quy Mô Nhỏ Đủ Điều Kiện (QSEHRA) không? Có. Nếu câu trả lời là “Có”, quý vị sẽ cần hoàn tất các câu hỏi về HRA ở Bước 3 trong đơn xin này. <input type="checkbox"/> Không	
15. NGƯỜI SỐ 2 có muốn được trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế trong 3 tháng vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời là “Có”, NGƯỜI SỐ 2 muốn được trợ giúp thanh toán cho (các) tháng 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 hoặc gọi số 1-855-4kynect (459-6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

<p>16. NGƯỜI SỐ 2 có phải là công dân Hoa Kỳ hoặc mang quốc tịch Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p>17. Nếu là công dân hoặc mang quốc tịch Hoa Kỳ, NGƯỜI SỐ 2 là công dân theo diện nhập tịch hay thừa hưởng? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời là “Có”, hãy cung cấp thông tin cho một trong những mục bên dưới.</p> <p><input type="checkbox"/> Giấy Chứng Nhận Nhập Tịch</p> <ul style="list-style-type: none"> Mã số Giấy Chứng Nhận Nhập Tịch: _____ Số nhập cư: _____ <p><input type="checkbox"/> Giấy Chứng Nhận Tư Cách Công Dân: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> Mã số Giấy Chứng Nhận Tư Cách Công Dân: _____ Số nhập cư: _____ 															
<p>18. Nếu không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc không mang quốc tịch Hoa Kỳ, tư cách nhập cư của NGƯỜI SỐ 2 có hội đủ điều kiện không? <input type="checkbox"/> Có. Trả lời các câu hỏi a – d bên dưới.</p> <p>a) Loại Giấy Tờ Nhập Cư: _____</p> <p>b) Số ID Giấy Tờ: _____</p> <p>c) Có phải NGƯỜI SỐ 2 đã sinh sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>d) Quý vị xin được tư cách nhập cư hiện tại của mình khi nào? (mm/dd/yyyy) _____</p>																
<p>19. NGƯỜI SỐ 2 có bệnh lý thuộc diện cần cấp cứu nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>																
<p>20. NGƯỜI SỐ 2 có phải là cựu chiến binh hoặc quân nhân đang tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>																
<p>21. NGƯỜI SỐ 2 có phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người gốc La-tinh hoặc người gốc Tây Ban Nha không? (KHÔNG BẮT BUỘC) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>																
<p>22. Chủng tộc - (KHÔNG BẮT BUỘC)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Người Da Trắng</td> <td><input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa</td> <td><input type="checkbox"/> Người Philippines</td> <td><input type="checkbox"/> Người Việt Nam</td> <td><input type="checkbox"/> Người Đảo Guam hoặc Chamorro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi</td> <td><input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Người Nhật Bản</td> <td><input type="checkbox"/> Người Châu Á Khác</td> <td><input type="checkbox"/> Người Samoa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Người Trung Quốc</td> <td><input type="checkbox"/> Người Ấn Độ Gốc Á</td> <td><input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc</td> <td><input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii</td> <td><input type="checkbox"/> Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa	<input type="checkbox"/> Người Philippines	<input type="checkbox"/> Người Việt Nam	<input type="checkbox"/> Người Đảo Guam hoặc Chamorro	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska	<input type="checkbox"/> Người Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Người Châu Á Khác	<input type="checkbox"/> Người Samoa	<input type="checkbox"/> Người Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ Gốc Á	<input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii	<input type="checkbox"/> Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác
<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa	<input type="checkbox"/> Người Philippines	<input type="checkbox"/> Người Việt Nam	<input type="checkbox"/> Người Đảo Guam hoặc Chamorro												
<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska	<input type="checkbox"/> Người Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Người Châu Á Khác	<input type="checkbox"/> Người Samoa												
<input type="checkbox"/> Người Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ Gốc Á	<input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii	<input type="checkbox"/> Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác												



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Người Số 3

1. Tên, Tên đệm viết tắt, Họ và Phần hậu tố (như trên thẻ An Sinh Xã Hội)	2. Mối quan hệ với quý vị
3. Số An Sinh Xã Hội (SSN)	Chúng tôi cần SSN của NGƯỜI SỐ 3 nếu NGƯỜI SỐ 3 muốn xin bảo hiểm và có SSN. Ngoài ra, người này có thể hưởng lợi từ việc cung cấp SSN cho chúng tôi nếu không nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe vì việc này có thể đẩy nhanh quá trình nộp đơn xin.
4. Nếu NGƯỜI SỐ 3 muốn xin bảo hiểm , đồng thời không cung cấp SSN, hãy chọn lý do không cung cấp SSN. <input type="checkbox"/> Từ chối vì lý do tôn giáo <input type="checkbox"/> Đã nộp đơn xin SSN <input type="checkbox"/> Trẻ sơ sinh chưa có SSN <input type="checkbox"/> Không hội đủ điều kiện nhận SSN <input type="checkbox"/> Không có SSN và có thể chỉ được cấp SSN với lý do không liên quan đến việc làm hợp lệ <input type="checkbox"/> Từ chối cung cấp SSN <input type="checkbox"/> Tôi không muốn cung cấp vì tôi không sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm	
5. Nếu NGƯỜI SỐ 3 sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe, hãy đánh dấu vào đây <input type="checkbox"/> và trả lời tất cả các câu hỏi. Nếu NGƯỜI SỐ 3 không sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe, vui lòng không trả lời các câu hỏi 12 – 20.	
6. Ngày Sinh (mm/dd/yyyy)	7. Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
8. NGƯỜI SỐ 3 có sinh sống tại cùng một địa chỉ với BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu câu trả lời là “Có” , không điền địa chỉ vào bên dưới. <input type="checkbox"/> Không. Nếu câu trả lời là “Không” , hãy điền địa chỉ của NGƯỜI SỐ 3 vào bên dưới.	
9. Địa Chỉ Nhà	10. Địa Chỉ Gửi Thư Bưu Điện (Bắt buộc trả lời nếu địa chỉ này khác với Địa Chỉ Nhà)
11. NGƯỜI SỐ 3 có dự định nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang VÀO NĂM TỚI không? (Các cá nhân có thể nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe ngay cả khi họ không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang.) <input type="checkbox"/> CÓ . Nếu câu trả lời là “Có” , hãy trả lời các câu hỏi a – d. <input type="checkbox"/> KHÔNG . Nếu câu trả lời là “Không” , hãy chuyển đến câu hỏi d. a. Tư cách khai thuế của NGƯỜI SỐ 3 là gì? <input type="checkbox"/> Vợ Chồng Khai Chung Hồ Sơ Thuế <input type="checkbox"/> Vợ Chồng Khai Riêng Hồ Sơ Thuế <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Chủ Hộ Gia Đình b. Nếu đã kết hôn, vợ/chồng tên là gì? _____ c. NGƯỜI SỐ 3 có bất kỳ người phụ thuộc có thể được khai trong tờ khai thuế nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời là “Có” , hãy liệt kê tên của (các) người phụ thuộc: _____ d. NGƯỜI SỐ 3 có được khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời là “Có” , vui lòng liệt kê tên của người nộp tờ khai thuế: _____ NGƯỜI SỐ 3 có quan hệ gì với người nộp tờ khai thuế? _____	
12. Quý vị có phải là Cha/Mẹ/Người Chăm Sóc của một thành viên khác trong hộ gia đình không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời là “Có” , vui lòng liệt kê tên của thành viên thuộc hộ gia đình: _____	
13. NGƯỜI SỐ 3 có được đề nghị tham gia bảo hiểm sức khỏe từ công việc (bao gồm cả công việc của người khác như công việc của cha/mẹ hoặc vợ/chồng) không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu câu trả lời là “Có” , quý vị sẽ cần hoàn tất và đính kèm Phụ Lục A cùng với đơn xin này. <input type="checkbox"/> Không	
14. Hiện tại, NGƯỜI SỐ 3 có ghi danh tham gia hoặc được đề nghị tham gia Quỹ Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế cho Bảo Hiểm Cá Nhân (ICHRA) hoặc HRA cho Người Sử Dụng Lao Động Quy Mô Nhỏ Đủ Điều Kiện (QSEHRA) không? <input type="checkbox"/> Có. Nếu câu trả lời là “Có” , quý vị sẽ cần hoàn tất các câu hỏi về HRA ở Bước 3 trong đơn xin này. <input type="checkbox"/> Không	
15. NGƯỜI SỐ 3 có muốn được trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế trong 3 tháng vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu câu trả lời là “Có” , NGƯỜI SỐ 3 muốn được trợ giúp thanh toán cho (các) tháng 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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Người Số 4

1. Tên, Tên đệm viết tắt, Họ và Phần hậu tố (như trên thẻ An Sinh Xã Hội)		2. Mối quan hệ với quý vị
3. Số An Sinh Xã Hội (SSN)	Chúng tôi cần SSN của NGƯỜI SỐ 4 nếu NGƯỜI SỐ 4 muốn xin bảo hiểm và có SSN. Ngoài ra, người này có thể hưởng lợi từ việc cung cấp SSN cho chúng tôi nếu không nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe vì việc này có thể đẩy nhanh quá trình nộp đơn xin.	
4. Nếu NGƯỜI SỐ 4 muốn xin bảo hiểm, đồng thời không cung cấp SSN, hãy chọn lý do không cung cấp SSN.		
<input type="checkbox"/> Từ chối vì lý do tôn giáo		
<input type="checkbox"/> Đã nộp đơn xin SSN		
<input type="checkbox"/> Trẻ sơ sinh chưa có SSN		
<input type="checkbox"/> Không hội đủ điều kiện nhận SSN		
<input type="checkbox"/> Không có SSN và có thể chỉ được cấp SSN với lý do không liên quan đến việc làm hợp lệ		
<input type="checkbox"/> Từ chối cung cấp SSN		
<input type="checkbox"/> Tôi không muốn cung cấp vì tôi không sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm		
5. Nếu NGƯỜI SỐ 4 sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe, hãy đánh dấu vào đây		
<input type="checkbox"/> và trả lời tất cả các câu hỏi. Nếu NGƯỜI SỐ 4 không sử dụng mẫu này để nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe, vui lòng không trả lời các câu hỏi 12 – 20.		
6. Ngày Sinh (mm/dd/yyyy)	7. Giới Tính	
	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
8. NGƯỜI SỐ 4 có sinh sống tại cùng một địa chỉ với BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM không?		
<input type="checkbox"/> Có. Nếu câu trả lời là “Có”, không điền địa chỉ vào bên dưới.		
<input type="checkbox"/> Không. Nếu câu trả lời là “Không”, hãy điền địa chỉ của NGƯỜI SỐ 4 vào bên dưới.		
9. Địa Chỉ Nhà	10. Địa Chỉ Gửi Thư Bưu Điện (Bắt buộc trả lời nếu địa chỉ này khác với Địa Chỉ Nhà)	
11. NGƯỜI SỐ 4 có dự định nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang VÀO NĂM TỚI không? (Các cá nhân có thể nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe ngay cả khi họ không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang.)		
<input type="checkbox"/> CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”, hãy trả lời các câu hỏi a – d.		
<input type="checkbox"/> KHÔNG. Nếu câu trả lời là “Không”, hãy chuyển đến câu hỏi d.		
a. Tư cách khai thuế của NGƯỜI SỐ 4 là gì? <input type="checkbox"/> Vợ Chồng Khai Chung Hồ Sơ Thuế		
<input type="checkbox"/> Vợ Chồng Khai Riêng Hồ Sơ Thuế		
<input type="checkbox"/> Độc Thân		
<input type="checkbox"/> Chủ Hộ Gia Đình		
b. Nếu đã kết hôn, vợ/chồng tên là gì? _____		
c. NGƯỜI SỐ 4 có bất kỳ người phụ thuộc có thể được khai trong tờ khai thuế nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Nếu câu trả lời là “Có”, hãy liệt kê tên của (các) người phụ thuộc: _____		
d. NGƯỜI SỐ 4 có được khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Nếu câu trả lời là “Có”, vui lòng liệt kê tên của người nộp tờ khai thuế: _____		
NGƯỜI SỐ 4 có quan hệ gì với người nộp tờ khai thuế? _____		
12. Quý vị có phải là Cha/Mẹ/Người Chăm Sóc của một thành viên khác trong hộ gia đình không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Nếu câu trả lời là “Có”, vui lòng liệt kê tên của thành viên thuộc hộ gia đình: _____		
13. NGƯỜI SỐ 4 có được đề nghị tham gia bảo hiểm sức khỏe từ công việc (bao gồm cả công việc của người khác như công việc của cha/mẹ hoặc vợ/chồng) không?		
<input type="checkbox"/> Có. Nếu câu trả lời là “Có”, quý vị sẽ cần hoàn tất và đính kèm Phụ Lục A cùng với đơn xin này. <input type="checkbox"/> Không		
14. Hiện tại, NGƯỜI SỐ 4 có ghi danh tham gia hoặc được đề nghị tham gia Quỹ Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế cho Bảo Hiểm Cá Nhân (ICHRA) hoặc HRA cho Người Sử Dụng Lao Động Quy Mô Nhỏ Đủ Điều Kiện (QSEHRA) không?		
<input type="checkbox"/> Có. Nếu câu trả lời là “Có”, quý vị sẽ cần hoàn tất các câu hỏi về HRA ở Bước 3 trong đơn xin này. <input type="checkbox"/> Không		
15. NGƯỜI SỐ 4 có muốn được trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế trong 3 tháng vừa qua không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Nếu câu trả lời là “Có”, NGƯỜI SỐ 4 muốn được trợ giúp thanh toán cho (các) tháng 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 hoặc gọi số 1-855-4kynect (459-6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

<p>16. NGƯỜI SỐ 4 có phải là công dân Hoa Kỳ hoặc mang quốc tịch Hoa Kỳ không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>	<p>17. Nếu là công dân hoặc mang quốc tịch Hoa Kỳ, NGƯỜI SỐ 4 là công dân theo diện nhập tịch hay thừa hưởng? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Nếu câu trả lời là “Có”, hãy cung cấp thông tin cho một trong những mục bên dưới.</p> <p><input type="checkbox"/> Giấy Chứng Nhận Nhập Tịch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mã số Giấy Chứng Nhận Nhập Tịch: _____ • Số nhập cư: _____ <p><input type="checkbox"/> Giấy Chứng Nhận Tư Cách Công Dân: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mã số Giấy Chứng Nhận Tư Cách Công Dân: _____ • Số nhập cư: _____ 															
<p>18. Nếu không phải là công dân Hoa Kỳ hoặc không mang quốc tịch Hoa Kỳ, tư cách nhập cư của NGƯỜI SỐ 4 có hội đủ điều kiện không?</p> <p><input type="checkbox"/> Có. Trả lời các câu hỏi a – d bên dưới.</p> <p>a) Loại Giấy Tờ Nhập Cư: _____</p> <p>b) Số ID Giấy Tờ: _____</p> <p>c) Có phải NGƯỜI SỐ 4 đã sinh sống tại Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> Không</p> <p>d) Quý vị xin được tư cách nhập cư hiện tại của mình khi nào? (mm/dd/yyyy) _____</p>																
<p>19. NGƯỜI SỐ 4 có bệnh lý thuộc diện cần cấp cứu nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>																
<p>20. NGƯỜI SỐ 4 có phải là cựu chiến binh hoặc quân nhân đang tại ngũ của quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>																
<p>21. NGƯỜI SỐ 4 có phải là người nói tiếng Tây Ban Nha, người gốc La-tinh hoặc người gốc Tây Ban Nha không? (KHÔNG BẮT BUỘC) <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có</p>																
<p>22. Chủng tộc - (KHÔNG BẮT BUỘC)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Người Da Trắng</td> <td><input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa</td> <td><input type="checkbox"/> Người Philippines</td> <td><input type="checkbox"/> Người Việt Nam</td> <td><input type="checkbox"/> Người Đảo Guam hoặc Chamorro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi</td> <td><input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Người Nhật Bản</td> <td><input type="checkbox"/> Người Châu Á Khác</td> <td><input type="checkbox"/> Người Samoa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Người Trung Quốc</td> <td><input type="checkbox"/> Người Ấn Độ Gốc Á</td> <td><input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc</td> <td><input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii</td> <td><input type="checkbox"/> Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa	<input type="checkbox"/> Người Philippines	<input type="checkbox"/> Người Việt Nam	<input type="checkbox"/> Người Đảo Guam hoặc Chamorro	<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska	<input type="checkbox"/> Người Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Người Châu Á Khác	<input type="checkbox"/> Người Samoa	<input type="checkbox"/> Người Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ Gốc Á	<input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii	<input type="checkbox"/> Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác
<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa	<input type="checkbox"/> Người Philippines	<input type="checkbox"/> Người Việt Nam	<input type="checkbox"/> Người Đảo Guam hoặc Chamorro												
<input type="checkbox"/> Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi	<input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska	<input type="checkbox"/> Người Nhật Bản	<input type="checkbox"/> Người Châu Á Khác	<input type="checkbox"/> Người Samoa												
<input type="checkbox"/> Người Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ Gốc Á	<input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii	<input type="checkbox"/> Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác												



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

BƯỚC 3 Câu Hỏi Bổ Sung

Nếu câu trả lời cho những câu hỏi sau là “Có” đối với nhiều người, hãy sử dụng thêm tờ giấy khác để cung cấp thông tin chi tiết cho chúng tôi.

1. Trong mẫu này có bất kỳ ai nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe và **hiện đang ngồi tù hoặc bị giam** hoặc đã được thả trong ba tháng vừa qua không?

CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”, hãy trả lời các câu hỏi a – d. **KHÔNG.** Nếu câu trả lời là “Không”, hãy chuyển sang câu hỏi 2.

a. Đó là ai? _____

b. Người này vào tù khi nào? (mm/dd/yyyy) _____

c. Người này ra tù khi nào? (mm/dd/yyyy) _____

d. Hiện tại, người này có đang chờ quyết định khởi tố không? Có Không

2. Trong mẫu này có bất kỳ ai đã **kết thúc thai kỳ** (sinh con hoặc bị mất thai) trong ba tháng vừa qua hoặc **hiện đang mang thai** không?

CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”, hãy trả lời các câu hỏi a – d. **KHÔNG.** Nếu câu trả lời là “Không”, hãy chuyển sang câu hỏi 3.

a. Đó là ai? _____

b. Ngày dự sinh hoặc ngày cuối cùng của thai kỳ là khi nào? (mm/dd/yyyy) _____

c. Đang/dã dự kiến sinh bao nhiêu con trong lần mang thai này? _____

d. Người này có muốn được giới thiệu đến Chương Trình Dinh Dưỡng dành cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (Women, Infants and Children, WIC) (một chương trình đề nghị cung cấp thực phẩm cho phụ nữ, trẻ sơ sinh và trẻ em) không? Có Không

3. Trong mẫu này có bất kỳ ai là **Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Bản Địa Alaska** không?

CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”, hãy hoàn tất **Phụ lục C** và gửi cùng với đơn xin này qua đường bưu điện.

KHÔNG. Nếu câu trả lời là “Không”, hãy chuyển sang câu hỏi 4.

4. Trong mẫu này có bất kỳ ai nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe và cần trợ giúp thực hiện những hoạt động sinh hoạt hàng ngày (như tắm rửa, mặc quần áo, v.v.) hoặc sinh sống tại cơ sở y tế hoặc viện dưỡng lão không?

CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”, đó là ai? _____
chuyển sang câu hỏi 5.

KHÔNG. Nếu câu trả lời là “Không”, hãy

5. Trong mẫu này có bất kỳ ai nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe và **bị khiếm thị hoặc thương tật vĩnh viễn** không?

CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”, đó là ai? _____ **KHÔNG.** Nếu câu trả lời là “Không”, hãy chuyển sang câu hỏi 6.

6. Trong mẫu này có bất kỳ ai thuộc hộ gia đình của quý vị nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe và hiện đang có **bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác**, bao gồm bảo hiểm y tế chính thống và bảo hiểm nha khoa không phải là Medicaid hoặc KCHIP không?

CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”, hãy trả lời các câu hỏi a – h.

KHÔNG. Nếu câu trả lời là “Không”, hãy chuyển sang câu hỏi 7.

a. Đó là ai? _____

b. Loại hình bảo hiểm _____

c. Tên của chủ hợp đồng bảo hiểm _____

d. Tên của công ty bảo hiểm _____

e. Địa chỉ của công ty bảo hiểm _____

f. Số hợp đồng bảo hiểm _____

g. Ngày bắt đầu bảo hiểm _____

h. Ngày chấm dứt bảo hiểm _____

7. Hộ gia đình quý vị có bất kỳ ai đang nhận Medicaid thì quá tuổi nên không hội đủ điều kiện để được sắp xếp chăm sóc thay thế tạm thời không? **CÓ.** Nếu câu trả lời là “Có”, đó là ai? _____

Họ đã sinh sống tại tiểu bang nào? _____ Khi đó, họ bao nhiêu tuổi? _____

KHÔNG. Nếu câu trả lời là “Không”, hãy chuyển sang Bước 4.



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Thông Tin của NHÂN VIÊN VÀ NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG

Quỹ Bồi Hoàn Chi Phí Y Tế (HRA): Cung cấp cho chúng tôi thông tin về HRA.

8. Tên của Nhân Viên (Tên, Tên Đệm, Họ)		
9. Tên của Người Sử Dụng Lao Động		10. Mã Số Thuế của Người Sử Dụng Lao Động (Employer Identification Number, EIN)
11. Địa Chỉ của Người Sử Dụng Lao Động		
12. Thành Phố	13. Tiểu Bang	14. Mã Bưu Chính
15. Tên của Đầu Mối Liên Lạc phía Người Sử Dụng Lao Động		16. Số Điện Thoại của Đầu Mối Liên Lạc phía Người Sử Dụng Lao Động
17. Những ai được đề nghị tham gia HRA của người sử dụng lao động này? (Liệt kê tất cả)		

- a. Hiện tại, người sử dụng lao động này có **đề nghị cung cấp HRA** cho bất kỳ ai nằm trong đơn xin bảo hiểm sức khỏe của quý vị không?
- CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”,** hãy liệt kê tên của những người được **đề nghị tham gia HRA (Đánh dấu vào ô nếu được đề nghị tham gia bảo hiểm theo hình thức ICHRA hoặc QSEHRA cho từng người bên dưới)**
- HRA cho Bảo Hiểm Cá Nhân (ICHRA) HRA cho Người Sử Dụng Lao Động Quy Mô Nhỏ Đủ Điều Kiện (QSEHRA) Tên:
Tên:
- KHÔNG. Nếu câu trả lời là “Không”,** hãy chuyển sang j.

18. Những ai đã ghi danh tham gia HRA do người sử dụng lao động này cung cấp?

- b. Hiện tại, người sử dụng lao động này có **đề nghị cung cấp HRA** cho bất kỳ ai nằm trong đơn xin bảo hiểm sức khỏe của quý vị không?
- CÓ. Nếu câu trả lời là “Có”,** hãy liệt kê tên của những người được **đề nghị tham gia HRA (Đánh dấu vào ô nếu được đề nghị tham gia bảo hiểm theo hình thức ICHRA hoặc QSEHRA cho từng người bên dưới)**
- HRA cho Bảo Hiểm Cá Nhân (ICHRA) HRA cho Người Sử Dụng Lao Động Quy Mô Nhỏ Đủ Điều Kiện (QSEHRA) Tên:
Tên:
- KHÔNG. Nếu câu trả lời là “Không”,** hãy chuyển sang j.

19. Cung cấp cho chúng tôi thông tin về HRA do người sử dụng lao động này cung cấp

- a. Ngày Bắt Đầu và Ngày Chấm Dứt của HRA là khi nào?
- i. Ngày bắt đầu HRA (mm/dd/yyyy): _____
- ii. Ngày chấm dứt HRA (mm/dd/yyyy): _____
- b. Số tiền bồi hoàn tối đa chỉ dành cho bản thân do người sử dụng lao động này đề nghị là bao nhiêu? \$ _____
- c. Số tiền này sẽ được cung cấp với tần suất như thế nào? Hàng tuần Hai lần một tháng Hàng tháng
- d. Nếu quý vị được đề nghị tham gia ICHRA và vẫn chưa ghi danh tham gia,
- i. Quý vị có thể sử dụng HRA vào thời điểm [60 ngày kể từ ngày hiện tại] không? Có Không
- ii. Nếu được xét thấy hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ thanh toán, quý vị có dự định từ chối tham gia HRA này không? Có Không



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

BƯỚC 4 Thu Nhập và các Khoản Giảm Trừ

Sử dụng thêm tờ giấy khác nếu số lượng công việc quý vị cần bổ sung nhiều hơn hai.

Thu Nhập từ Công Việc Số 1		1. Ai kiểm được khoản thu nhập này?	2. Người sử dụng lao động của người này là ai?
3. Số tiền tính gộp người này kiểm được (trước thuế) là bao nhiêu? \$		4. Tần suất như thế nào? <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hàng tháng	
5. NẾU TỰ LÀM CHỦ a. Loại công việc _____		b. Thu Nhập Tính Gộp _____ c. Chi Phí khi Tự Làm Chủ _____ d. Thu nhập THỰC NHẬN (Thu nhập tính gộp trừ đi các khoản chi phí) _____	e. Tần suất như thế nào? _____
Thu Nhập từ Công Việc Số 2		6. Ai kiểm được khoản thu nhập này?	7. Người sử dụng lao động của người này là ai?
8. Số tiền tính gộp người này kiểm được (trước thuế) là bao nhiêu? \$		9. Tần suất như thế nào? <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hàng tháng	
10. NẾU TỰ LÀM CHỦ a. Loại công việc _____		b. Thu Nhập Tính Gộp _____ c. Chi Phí khi Tự Làm Chủ _____ d. Thu nhập THỰC NHẬN (Thu nhập tính gộp trừ đi các khoản chi phí) _____	e. Tần suất như thế nào? _____

11. Thu Nhập Bổ Sung: Cung cấp cho chúng tôi thông tin về bất kỳ khoản thu nhập bổ sung nào mà các thành viên thuộc hộ gia đình trong đơn xin này có thể nhận được. Không bao gồm thu nhập từ tiền trợ cấp nuôi con, Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI), thu nhập của cựu chiến binh hoặc Bồi Thường cho Người Lao Động. **Nếu không có, hãy để trống.**

Loại Thu Nhập	Ai Nhận Khoản này?	Bao Nhiêu Tiền?	Tần Suất Như Thế Nào?
<input type="checkbox"/> An Sinh Xã Hội	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng quý
<input type="checkbox"/> Lương Hưu	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng quý
<input type="checkbox"/> Lãi Suất hoặc Lãi Chia	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng quý
<input type="checkbox"/> Các Khoản Thanh Toán Thương Tật	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng quý
<input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng quý
<input type="checkbox"/> Khác _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng quý

12. Các Khoản Giảm Trừ Gia Cảnh: Cung cấp cho chúng tôi thông tin về những khoản mà các thành viên thuộc hộ gia đình quý vị phải nộp và có thể được giảm trừ trong tờ khai thuế thu nhập. Nếu cung cấp cho chúng tôi thông tin này thì có thể giảm chi phí bảo hiểm sức khỏe. **Nếu không có, hãy để trống.**

Loại Giảm Trừ	Đó là ai?	Bao Nhiêu Tiền?	Tần Suất Như Thế Nào?
<input type="checkbox"/> Tiền Cấp Dưỡng cho Vợ/Chồng	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng
<input type="checkbox"/> Lãi Suất Cho Vay Sinh Viên	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng
<input type="checkbox"/> Khác	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

13. **Thu Nhập Hàng Năm của Hộ Gia Đình:** Thu nhập ước tính hàng năm của hộ gia đình quý vị trong năm bảo hiểm (bao gồm bất kỳ khoản nào: thay đổi hàng tháng, tiền thưởng, thu nhập thời vụ, v.v. và không bao gồm tổng các khoản giảm trừ) là bao nhiêu?

\$ _____

BƯỚC 5 Ký Tên và Ghi Ngày vào Đơn Xin này

- Tôi ký tên vào đơn xin này với cam kết chịu phạt nếu phạm tội khai báo gian dối, nghĩa là tôi đã trả lời đúng sự thật tất cả các câu hỏi trong mẫu này dựa trên những gì tôi biết và tin là đúng. Tôi biết rằng tôi có thể chịu phạt theo luật của liên bang và/hoặc tiểu bang nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch và/hoặc không đúng sự thật.
- Tôi biết rằng tôi phải thông báo cho kynect nếu có bất kỳ thay đổi nào so với những thông tin tôi đã ghi trong đơn xin này trong vòng 30 ngày kể từ ngày thay đổi. Tôi có thể truy cập kynect.ky.gov hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)** để báo cáo bất kỳ thay đổi nào. Tôi hiểu rằng việc thay đổi thông tin của tôi có thể ảnh hưởng đến tư cách hội đủ điều kiện của (các) thành viên thuộc hộ gia đình tôi.
- Nếu tôi cho rằng kynect đã sai sót, tôi có thể kháng cáo quyết định của họ. Kháng cáo nghĩa là thông báo cho một người tại kynect về việc tôi cho rằng hành động đó là sai lầm và yêu cầu tiến hành xem xét lại hành động một cách công bằng. Tôi biết rằng trong quá trình này, người khác có thể đại diện cho tôi. Tôi sẽ được giải thích về tư cách hội đủ điều kiện và những thông tin quan trọng khác.
- Tôi biết rằng theo luật của liên bang thì không được phép phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, khuynh hướng tính dục, bản dạng giới hoặc tình trạng khuyết tật. Tôi có thể truy cập www.hhs.gov/ocr/office/file để nộp đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử.
- Tôi hiểu rằng kynect sẽ kiểm tra câu trả lời của tôi bằng cách sử dụng thông tin trong cơ sở dữ liệu của Sở Thuế Vụ (IRS), Sở An Sinh Xã Hội, Bộ An Ninh Nội Địa và/hoặc bất kỳ nguồn đáng tin cậy nào khác. Nếu thông tin không trùng khớp, tôi có thể được yêu cầu gửi bằng chứng.

Gia hạn bảo hiểm trong những năm tiếp theo: Để dễ dàng xác định xem tôi có hội đủ điều kiện nhận trợ giúp thanh toán bảo hiểm sức khỏe trong những năm tiếp theo hay không, tôi đồng ý cho phép kynect sử dụng dữ liệu về thu nhập, bao gồm thông tin từ tờ khai thuế và các nguồn dữ liệu đáng tin cậy khác. kynect sẽ gửi cho tôi thông báo, cho phép tôi thực hiện bất kỳ thay đổi nào và tôi có thể từ chối bất kỳ lúc nào.

Có, tự động gia hạn tư cách hội đủ điều kiện của tôi cho kỳ tiếp theo: (chọn một)

5 năm (tối đa cho phép) 4 năm 3 năm 2 năm 1 năm

Không sử dụng thông tin từ tờ khai thuế hoặc những nguồn dữ liệu khác để gia hạn bảo hiểm của tôi.

Chấp Thuận Chấm Dứt Bảo Hiểm: Nếu bất kỳ ai trong đơn xin của tôi đã ghi danh tham gia kynect và sau đó được xác minh là có bảo hiểm sức khỏe đủ điều kiện khác (như Medicare, Medicaid hoặc KCHIP), kynect sẽ tự động chấm dứt chương trình y tế và bảo hiểm nha khoa kynect của họ. Tôi thừa nhận rằng điều này sẽ giúp bảo đảm bất kỳ ai được xác minh là có bảo hiểm đủ điều kiện khác sẽ không tiếp tục được ghi danh tham gia bảo hiểm y tế và nha khoa kynect và trong trường hợp này, họ sẽ phải thanh toán toàn bộ chi phí. **Có**, tôi đồng ý **Không**, tôi không đồng ý

Đăng Ký Bỏ Phiếu: Nếu tôi chưa đăng ký bỏ phiếu hoặc chưa đăng ký tại nơi sinh sống hiện tại của mình, tôi có thể chọn đăng ký bỏ phiếu bằng cách đánh dấu “Có” bên dưới. Nếu tôi đánh dấu “Có”, tôi sẽ nhận được đơn xin đăng ký bỏ phiếu qua đường bưu điện. Việc đánh dấu “Có” hoặc “Không” vào bên dưới sẽ không ảnh hưởng đến kết quả của đơn xin này.

Có, tôi muốn nộp đơn xin đăng ký bỏ phiếu. Đơn xin sẽ được gửi cho tôi qua đường bưu điện. **Không**, tôi không muốn đăng ký bỏ phiếu.

Nếu trong đơn xin này có bất kỳ ai hội đủ điều kiện nhận Medicaid hoặc KCHIP:

- Tôi hiểu rằng nếu Medicaid thanh toán chi phí y tế thì bất kỳ khoản thanh toán bảo hiểm sức khỏe hoặc dàn xếp pháp lý nào khác sẽ được chuyển cho Medicaid để bồi hoàn chi phí đó.
- Tôi hiểu rằng đơn xin của tôi có thể được xem xét nhằm bảo đảm tư cách hội đủ điều kiện được xác định một cách chính xác. Nếu đơn xin của tôi được xem xét, tôi phải hợp tác trong quá trình xem xét.
- Trong đơn xin này có bất kỳ trẻ nào có cha/mẹ sinh sống tại địa điểm khác không? Có Không
- Nếu câu trả lời là “Có”, tôi trao cho Hội Đồng Hành Pháp về Dịch Vụ Sức Khỏe và Gia Đình (Cabinet for Health and Family Services, CHFS), Văn Phòng Trợ Cấp Nuôi Con quyền đòi sự hỗ trợ y tế từ cha/mẹ hoặc cả cha và mẹ vắng mặt của trẻ. Nếu tôi cho rằng việc hợp tác với Văn Phòng Trợ Cấp Nuôi Con sẽ gây tổn hại cho tôi hoặc con tôi, tôi có thể thông báo cho CHFS và có thể tôi sẽ không cần phải hợp tác.



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Chữ Ký

Ngày (mm/dd/yyyy)



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Đánh Giá Nhu Cầu Sử Dụng Nguồn Lực kynect

Sau đây là bản đánh giá nhu cầu sử dụng nguồn lực bổ sung mang tính **tự nguyện** và không ảnh hưởng đến các quyền lợi Medicaid của quý vị. Đánh giá này giúp chúng tôi xác định và hiểu rõ những nhu cầu khác mà quý vị và gia đình quý vị có thể cần mà có khả năng ảnh hưởng đến sức khỏe của quý vị và kết nối quý vị với các nguồn lực/dịch vụ/chương trình cộng đồng có thể hữu ích, chẳng hạn như phương tiện di chuyển, tiện ích, thực phẩm, dịch vụ trông trẻ, v.v. Quý vị có thể xem lại kết quả của mình bằng cách đăng nhập vào tài khoản kynect tại <https://kynect.ky.gov/resources> hoặc gọi số 2-1-1 để được giới thiệu đến các nguồn lực/dịch vụ/chương trình cộng đồng.

Bất kỳ thành viên gia đình bổ sung nào đều có thể hoàn thành bản đánh giá nhu cầu cá nhân của riêng họ bằng cách đăng nhập trực tuyến vào tài khoản kynect tại <https://kynect.ky.gov/resources> hoặc gọi số 2-1-1.

Hãy khoanh tròn chữ cái mô tả đúng nhất tình hình của quý vị:

1. Câu nào mô tả đúng nhất tình hình nhà ở của quý vị?

- Tôi không có nhà cửa ổn định.
- Tôi đang tạm thời sống cùng một người bạn hoặc thành viên trong gia đình.
- Tôi hiện chưa thanh toán tiền thuê nhà/tiền thế chấp và có nguy cơ bị trục xuất khỏi nhà.
- Tôi đang thanh toán tiền thuê nhà/tiền thế chấp nhưng số tiền này vượt quá khả năng chi trả (trên 30% mức thu nhập).
- Tôi hiện đang sử dụng chương trình hỗ trợ thanh toán tiền thuê nhà/tiền thế chấp.
- Tôi thanh toán tiền thuê nhà/tiền thế chấp mà không gặp khó khăn gì.

2. Câu nào mô tả đúng nhất tình hình dịch vụ tiện ích sinh hoạt (nước, điện, hệ thống sưởi ấm) của quý vị?

- Tôi không có nhà ở/không có dịch vụ tiện ích cho tình trạng nhà ở của mình.
- Các dịch vụ tiện ích của tôi thường bị tạm cắt do chưa thanh toán.
- Tôi sử dụng các chương trình hỗ trợ thanh toán cho dịch vụ tiện ích của tôi.
- Tôi gặp khó khăn trong việc thanh toán cho các dịch vụ tiện ích của mình, nhưng hầu như tôi vẫn có khả năng chi trả.
- Tôi có thể thanh toán các dịch vụ tiện ích của mình để không bao giờ bị ngắt.

3. Câu nào mô tả đúng nhất tình hình việc làm hiện tại của quý vị?

- Không có việc làm.
- Tôi có công việc tạm thời, mùa vụ hoặc bán thời gian KHÔNG ĐÁP ỨNG được các nhu cầu của tôi; tôi cần việc làm thêm.
- Công việc toàn thời gian không có quyền lợi hoặc các quyền lợi không đáp ứng được nhu cầu của tôi.
(Ghi chú: Các quyền lợi có thể bao gồm các gói bảo hiểm y tế, nha khoa, nhãn khoa và hưu trí)
- Tôi có công việc tạm thời, mùa vụ hoặc bán thời gian ĐÁP ỨNG được các nhu cầu của tôi; tôi không cần việc làm thêm.
- Công việc toàn thời gian có các quyền lợi đáp ứng nhu cầu của tôi.

4. Câu nào mô tả đúng nhất tình hình thu nhập của quý vị?

- Không có thu nhập.
- Thu nhập của tôi không đều.
- Thu nhập của tôi không đủ để đáp ứng nhu cầu.
- Tôi có thể đáp ứng những nhu cầu cơ bản của mình với sự trợ giúp từ các chương trình hỗ trợ.
- Tôi có thể đáp ứng những nhu cầu cơ bản của mình mà không cần sự hỗ trợ.
- Thu nhập của tôi đáp ứng nhu cầu, được quản lý tốt và tôi có thể tiết kiệm.



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 hoặc gọi số 1-855-4kynect (459-6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

**Nội Các Dịch Vụ Y Tế và Gia Đình thuộc
Khối Thịnh Vượng Chung Kentucky
Sở Dịch Vụ Cộng Đồng**

5. Câu nào mô tả đúng nhất tình trạng thực phẩm của quý vị?

- a. Tôi không thể kiếm được thực phẩm.
- b. Tôi có thể mua thực phẩm nhưng không có không gian và thời gian để chuẩn bị bữa ăn.
- c. Gia đình tôi nhận được hỗ trợ về thực phẩm như Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (tem phiếu thực phẩm) hoặc sự hỗ trợ khác về thực phẩm.
- d. Tôi có thể đáp ứng những nhu cầu thực phẩm cơ bản của mình, nhưng thỉnh thoảng tôi vẫn cần sự hỗ trợ như nơi phát thực phẩm miễn phí.
- e. Tôi có thể đáp ứng những nhu cầu thực phẩm cơ bản của mình mà không cần sự hỗ trợ.
- f. Tôi có thể chọn mua bất kỳ thực phẩm nào mà gia đình tôi mong muốn.

6. Câu nào mô tả đúng nhất tình hình liên quan đến việc trông trẻ của quý vị?

- a. Tôi cần người trông trẻ, nhưng tôi không đủ khả năng chi trả cho dịch vụ trông trẻ tại thời điểm này.
- b. Tôi có đủ khả năng chi trả cho dịch vụ Trông Trẻ nhưng các lựa chọn Trông Trẻ không đáng tin cậy hoặc không thể tiếp cận được.
- c. Một người bạn hoặc thành viên trong gia đình đảm nhận công việc trông trẻ.
- d. Tôi có thể lựa chọn dịch vụ trông trẻ chất lượng theo mong muốn của mình.
- e. Tôi không cần người trông trẻ tại thời điểm này.

7. Câu nào mô tả đúng nhất về trình độ học vấn của quý vị?

- a. Tôi không có bằng tốt nghiệp trung học phổ thông/chứng chỉ Phát Triển Giáo Dục Tổng Quát (General Education Development, GED), hoặc cần trợ giúp đọc và viết.
- b. Tôi có bằng tốt nghiệp trung học phổ thông/chứng chỉ GED, nhưng ngôn ngữ là một rào cản.
- c. Tôi có bằng tốt nghiệp trung học phổ thông/chứng chỉ GED, nhưng tôi cần tham gia chương trình giáo dục/đào tạo bổ sung để cải thiện tình hình công việc của mình.
- d. Tôi đã hoàn thành chương trình giáo dục/đào tạo cần thiết cho công việc.
- e. Tôi hiện đang theo học tại trường trung học phổ thông hoặc cơ sở giáo dục/đào tạo.

8. Câu nào mô tả đúng nhất về bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị?

- a. Tôi không có bảo hiểm y tế và cần bảo hiểm càng sớm càng tốt.
- b. Tôi không có bảo hiểm y tế và không cần bảo hiểm ngay lập tức.
- c. Một số thành viên trong gia đình tôi (chẳng hạn như trẻ em) có bảo hiểm y tế, nhưng tôi muốn được trợ giúp tìm hiểu cách sử dụng bảo hiểm đó.
- d. Một số thành viên trong gia đình tôi (chẳng hạn như trẻ em) có bảo hiểm y tế và chúng tôi hiểu rõ cách sử dụng bảo hiểm đó.
- e. Tất cả thành viên trong gia đình tôi đều được chương trình bảo hiểm y tế vừa túi tiền đài thọ, nhưng tôi muốn được trợ giúp tìm hiểu cách sử dụng bảo hiểm đó.
- f. Tất cả thành viên trong gia đình tôi đều được chương trình bảo hiểm y tế vừa túi tiền đài thọ và chúng tôi hiểu rõ cách sử dụng bảo hiểm đó.

9. Câu nào mô tả đúng nhất tình hình sử dụng phương tiện di chuyển của quý vị?

- a. Tôi không có khả năng tiếp cận phương tiện di chuyển.
- b. Tôi có một chiếc ô tô nhưng không thể lái hoặc chiếc xe đó không đáng tin cậy.
- c. Tôi sử dụng phương tiện giao thông công cộng hoặc xe đạp nhưng điều này rất bất tiện hoặc hạn chế.
- d. Tôi không cần trợ giúp về phương tiện di chuyển.



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 hoặc gọi số **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

**Nội Các Dịch Vụ Y Tế và Gia Đình thuộc
Khối Thịnh Vượng Chung Kentucky
Sở Dịch Vụ Cộng Đồng**

10. Quý vị có cần các nguồn lực liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe tinh thần không?

- a. Có, tôi đang cần hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tinh thần.
- b. Không - Tôi không cần hỗ trợ chăm sóc sức khỏe tinh thần.

11. Quý vị có cần các nguồn lực liên quan đến việc lạm dụng chất không?

- a. Có, tôi đang cần nguồn lực liên quan đến việc Lạm Dụng Chất.
- b. Không, tôi không cần nguồn lực liên quan đến việc Lạm Dụng Chất.

12. Quý vị có cần các nguồn lực liên quan đến hành vi Bạo Lực Gia Đình không?

- a. Có, tôi cần tài nguyên về Bạo lực gia đình.
- b. Không, tôi không cần tài nguyên về Bạo lực gia đình.

13. Câu nào mô tả đúng nhất tình hình chăm sóc người cao tuổi và/hoặc người khuyết tật của quý vị?

- a. Tôi có nhu cầu cần được hỗ trợ ngay lập tức cho bản thân hoặc người mà tôi đang chăm sóc vì tuổi cao hoặc tình trạng khuyết tật.
- b. Tôi hoặc người mà tôi đang chăm sóc có thể sử dụng dịch vụ hỗ trợ chăm sóc vì tuổi cao hoặc tình trạng khuyết tật.
- c. Tôi không cần hỗ trợ chăm sóc người cao tuổi/khuyết tật.

14. Câu nào mô tả đúng nhất trải nghiệm ở trường của con quý vị?

- a. Tôi có một hoặc nhiều con trong độ tuổi đến trường chưa ghi danh đi học.
- b. Con hoặc các con tôi đã ghi danh đi học nhưng chỉ thỉnh thoảng đi học.
- c. Con hoặc các con tôi đã được ghi danh và đang đến các lớp học hầu hết thời gian hoặc toàn thời gian.
- d. Tôi không có con trong độ tuổi đến trường.

15. Câu nào mô tả đúng nhất khả năng đáp ứng các nhu cầu cơ bản hàng ngày của quý vị?

- a. Tôi không có khả năng đáp ứng những nhu cầu cơ bản như thực phẩm, trang phục, nơi tắm rửa thường xuyên.
- b. Tôi có thể đáp ứng một số nhưng không phải tất cả những nhu cầu cơ bản của mình.
- c. Tôi có thể đáp ứng hầu hết nhưng không phải tất cả những nhu cầu cơ bản của mình.
- d. Tôi có thể đáp ứng tất cả những nhu cầu cơ bản hàng ngày của mình.

16. Câu nào mô tả đúng nhất các hoạt động giao lưu xã hội và tình bạn của quý vị?

- a. Tôi bị cô lập và/hoặc tôi không muốn tương tác với mọi người.
- b. Tôi muốn tham gia nhiều hơn với gia đình hoặc các hội nhóm nhưng tôi cần thêm thông tin hoặc sự hỗ trợ.
- c. Tôi có sự hỗ trợ mạnh mẽ từ gia đình/xã hội và/hoặc tôi tích cực tham gia vào cộng đồng hoặc các nhóm hỗ trợ của mình.

17. Câu nào mô tả đúng nhất nhu cầu hỗ trợ pháp lý của quý vị?

- a. Tôi có (các) lệnh bắt chưa thực hiện hoặc có cáo buộc đang chờ giải quyết.
- b. Tôi hoàn toàn tuân thủ các điều khoản cải tạo không giam giữ hoặc tha tù trước thời hạn có điều kiện.
- c. Tôi không có tiền án trọng tội hoặc không liên quan đến tư pháp hình sự trong hơn 12 tháng qua.

18. Câu nào mô tả đúng nhất về kỹ năng nuôi dạy con cái của quý vị?

- a. Tôi cần nguồn lực hỗ trợ cải thiện kỹ năng nuôi dạy con cái của mình.
- b. Kỹ năng nuôi dạy con cái của tôi đã đầy đủ hoặc ở mức tốt.
- c. Tôi chưa có con.



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 hoặc gọi số 1-855-4kynect (459-6328). Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).